

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ošetřovatelství v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



Bc. Kateřina Ježková

Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče

Alzheimer's disease and department of intensive care

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Ing. Klára Burišková

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 15.4.2015

Kateřina Ježková

Poděkování:

Chtěla bych velice poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. et Ing. Kláře Buriškové za odborné vedení, trpělivý přístup a ochotu, se kterou mi poskytovala užitečné rady. Dále chci poděkovat všem respondentům, kteří se na výzkumu podíleli a bez jejichž pomoci by tato práce nevznikla. Díky patří také personálu Gerontologického centra v Praze za jejich vstřícný přístup při mé návštěvě. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým přátelům, kteří mě při psaní podporovali.

Identifikační záznam:

JEŽKOVÁ, Kateřina. *Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče. [Alzheimer's disease and department of intensive care]*. Praha, 2015. 81 s., 5 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. et Ing. Klára Burišková.

Abstrakt

Úvod: Diplomová práce „Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče“ pojednává o specifikách a úskalích ošetrovatelské péče o pacienty s tímto chronickým a degenerativním onemocněním na odděleních intenzivní medicíny. Počet pacientů s Alzheimerovou chorobou stále narůstá a péče o ně na takto specifických odděleních je velmi náročná. Záměrem této práce bylo zmapovat nejvíce problematické oblasti v poskytované péči a navrhnout jejich řešení.

Metody a výsledky: V empirické části jsou uvedeny výsledky realizovaného kvalitativního výzkumu, který proběhl formou rozhovorů s 10ti všeobecnými sestrami, které mají s těmito pacienty zkušenosti. Po doslovné transkripci získaných rozhovorů jsou výsledky sumarizovány v závěrečné diskuzi. Vyplyvá z nich, že hlavní problémy při péči o pacienta s demencí spatřují všeobecné sestry v jeho snížené schopnosti spolupráce, změnách chování, které se pak často objevují v důsledku změny prostředí a obtížné komunikaci. Za komunikační bariéry považují pacientovu zmatenost, jeho negativismus a neschopnost nalézt správná slova. Z toho pak vyplývají nesmírné nároky na trpělivost pečujícího personálu. Dotazované všeobecné sestry k pacientům s demencí přistupují kladně a péči o ně neodmítají.

Závěr: Výsledky práce ukazují, že péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou na oddělení intenzivní péče všeobecné sestry zvládají kvalitně, avšak mnohdy s vypětím všech sil. Zlepšení spatřují v možnosti odborného vzdělávání v této problematice.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, ošetrovatelská péče, práva pacientů, demence, intenzivní péče

Abstract

Introduction: The thesis “Alzheimer’s disease and department of intensive care” deals with the specifics and difficulties of nursing care for patients with this chronic and degenerative disease in intensive care units (ICUs). The number of patients with Alzheimer’s disease is constantly growing and caring for them in such specific wards is extremely demanding. The purpose of this thesis was to map the most problematic areas in the care provided and propose their solution.

Methods and results: The empirical part presents the results of a conducted qualitative research which took place in the form of interviews with 10 general nurses who have experience with such patients. Following a word-for-word transcription of the obtained interviews, the results are summarized in a final discussion. They show that when caring for a patient with dementia, general nurses see the main problems in his decreased ability to cooperate, behavioral changes, which often appear as a result of environment change, and difficult communication. They consider the patient’s confusion, his negativism, and the inability to find the right words to be communication barriers. This results in enormous demands on the caring staff’s patience. The interviewed general nurses however approach patients with dementia generally positively and do not refuse to care for them.

Conclusion: The thesis results show that general nurses handle care for Alzheimer’s patients in ICU well, but often with great effort. They see an improvement in the possibility to undergo professional education in this issue.

Key words: Alzheimer’s disease, nursing care, patient rights, dementia, intensive care

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	10
1. Alzheimerova choroba	10
1.1 Epidemiologie	10
1.2 Patofyziologie Alzheimerovy choroby.....	10
1.3 Stadia Alzheimerovy choroby	11
1.4 Klinické projevy Alzheimerovy nemoci	12
1.5 Diagnostika Alzheimerovy nemoci	14
1.6 Terapie Alzheimerovy choroby.....	16
2. Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče.....	20
2.1 Hospitalizace bez souhlasu	20
2.2 Práva pacientů s demencí Alzheimerova typu	21
2.3 Komunikace s pacientem s demencí	21
2.4 Bolest u pacientů s demencí	22
2.5 Delirium	24
2.6 Agrese u pacientů s demencí.....	26
2.7 Užití omezovacích prostředků u pacientů s demencí	28
3 Analýza komparačních studií.....	30
Empirická část.....	37
4 Cíle práce a výzkumné otázky	37
5 Metodika	38
5.1 Charakteristika výzkumného souboru	38
5.2 Průběh výzkumného šetření	39
6 Kategorizace výsledků	42
6.1 Doplnující rozhovor	65
7 Diskuze	68
Závěr.....	75
Seznam literatury	77
Seznam zkratk a symbolů	83
Seznam obrázků a tabulek	84
Přílohy	85

Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou na oddělení intenzivní medicíny.

Stále více se stárnoucí populace potýká s výskytem civilizačních chorob a jednou z nich je právě Alzheimerova choroba. Jedná se o nejčastější příčinu demence vůbec. Na světě se momentálně vyskytuje zhruba 36 milionů nemocných. (Mavrodaris, 2013) Vzhledem k nevléčitelné povaze tohoto onemocnění je nejvíce finančních prostředků vynaloženo na medikamenty potlačující nebo zmírňující toto onemocnění. S tím pak souvisí charakter ošetrovatelské péče. V systému českého zdravotnictví je nedostatek specializovaných center pro tyto nemocné a rodiny se mnohdy o nemocného s demencí nejsou schopné samy postarat.

Péče o pacienta s demencí je velice náročná. Vyžaduje řádné proškolení personálu a jejich ochotu a snahu podílet se na zajištění kvalitní péče na osobní i profesionální úrovni. U pacientů s demencí by se zdravotnický pracovník měl o to víc snažit vnímat nemocného jako individuální osobnost s jeho potřebami a nároky. Zdravotnický pracovník i na takto vytíženém pracovišti musí zvládnout klidný a empatický přístup. Pokud se mu to podaří, může to být cesta ke spokojenosti na straně nemocného i zdravotnického pracovníka. Poskytovaná péče jde ruku v ruce s mírou zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu. Ochotná a vzájemná spolupráce mezi rodinou a pečujícím zdravotnickým personálem má nezpochybnitelný vliv na poskytovanou péči.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je popsána Alzheimerova choroba včetně příznaků, patofyziologie, diagnostiky a léčby medikamentózní i nefarmakologické. V další kapitole jsou popsána ošetrovatelská specifika vyskytující se při pobytu nemocného s Alzheimerovou chorobou na oddělení intenzivní péče. Jmenovitě například jak poznat bolest u pacienta s demencí, jak jednat s neklidným pacientem a pravidla užívání omezovacích prostředků. Samostatnou kapitolou je i seznámení se současným stavem poznání, který se opírá o podrobný rozbor již proběhlých studií na obdobné téma.

V empirické části je rozpracován kvalitativní výzkum, metodou rozhovoru, s cílem zmapovat úskalí a bariéry při poskytování nemocniční ošetrovatelské péče u pacientů s demencí. Záměrem bylo pomocí rozhovorů prozkoumat danou problematiku do hloubky za přispění osobních zkušeností respondentů. Rozhovory jsou následně rozpracovány do kategorií a příslušných subkategorií. Veškerá zjištění jsou následně zhodnocena v závěrečné diskuzi a mohou být tak podkladem pro sestavení doporučení v ošetrovatelské praxi.

Toto téma jsem si zvolila na základě svých zkušeností s pacienty s Alzheimerovou chorobou v domovech pro seniory, kde jsem několik let působila jako pečovatelka. Vnímal jsem tu odlišnost v péči o ně ve srovnání s ostatními, relativně zdravými, klienty.

Vzhledem ke svému budoucímu směřování kariéry na jednotky intenzivní péče, mě tak zajímalo, jak reaguje pacient s diagnózou demence, když je zcela vytrhnut ze svého prostředí a je nucen být na lůžku obklopen spoustou přístrojů a neznámých lidí. Zajímala mě pak interakce mezi nemocným a zdravotníkem. Zda je při tak náročném pracovním nasazení pacient s takto obtížnou psychiatrickou diagnózou vnímán pečujícím spíše jako přítěž. Zda zdravotnický pracovník vnímá východisko v „utlumení“ pacienta za účelem usnadnění práce nebo naopak zvolí více lidský než medicínský přístup a snaží se s pacientem komunikovat a věnovat se mu, ačkoli je to velice náročné.

Teoretická část

V teoretické části této diplomové se zabýváme Alzheimerovou chorobou a aspekty ošetrovatelské péče spojenými s pobytem pacientů s touto chorobou na odděleních intenzivní péče. V úvodu se budeme podrobně věnovat příčinám, klinickým příznakům a léčbě tohoto onemocnění. Následuje pohled na problematiku ošetrovatelské péče spojenou s hospitalizací pacientů s demencí na podkladě Alzheimerovy choroby na odděleních intenzivní medicíny.

1. Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění zasahující převážně korové části mozku - frontální, parietální i temporální lalok, ale změny probíhají v určité míře v celém mozku. Jedná se o nejčastější typ demence. Jiráček (2009, s. 11) uvádí, že: *„Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování).“*

Demence je psychický defekt, který se na rozdíl od mentální retardace rozvíjí až po ukončení vývoje kognitivních funkcí. A právě demence na podkladě Alzheimerovy choroby je tou nejčastěji se vyskytující. Případně jí podíl až 50 % ze všech demencí a je třeba zohlednit i dalších 10 %, která případnou demenci vzniklé na podkladě alzheimerovské a vaskulární etiologie. (Raboch, 2008, s. 26)

1.1 Epidemiologie

Jak bylo řečeno výše, Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující demence v lidské populaci. Raboch (2012, s. 173) ve své publikaci uvádí: *„Výskyt této choroby se výrazně zvyšuje s věkem. V populaci občanů ve věku 81-90 let je prevalence Alzheimerovy choroby 25-30 %, ale spíše vyšší. Mnoho případů zůstává nediagnostikovaných a neléčených. V České republice je odhad počtu pacientů minimálně 70 000, spíše více. Tím, že se výrazně prodlužuje lidský věk, dochází k výraznému počtu případů. Proto je Alzheimerova choroba označována jako tichá epidemie.“*

Podle různých proběhlých šetření se dá usoudit, že onemocnění postihuje více ženy než muže. Celoživotní riziko vzniku Alzheimerovy choroby u ženy ve věku 65 let je 1 ku 6, na rozdíl od muže, kde je riziko 1 ku 11. (Alzheimer's association, 2014)

Odhaduje se, že v současné době žije na světě 36,5 milionu lidí s demencí a že za 20 let se počet nemocných zdvojnásobí. (Mavrodaris, 2013)

Alzheimerova choroba se nejčastěji projevuje u lidí starších 65 let, ale může se stát, že onemocní i člověk ve věku mezi 30 až 50 lety. (Holmerová, 2012, s. 12)

1.2 Patofyziologie Alzheimerovy choroby

„Nemoc je poměrně dobře definována patologickými nálezy, společnými pro všechny postižené.“ (Fišar, 2009, s. 299)

Podstatou tohoto onemocnění je úbytek neuronů způsobený ukládáním bílkoviny β -amyloidu. Ta je produkována z transmembránového amyloidového prekurzorového proteinu, který je tělu vlastní. Extracelulárně je tento protein štěpen enzymy na několik fragmentů. Ovšem u Alzheimerovy choroby je amyloidový prekurzor proteinu štěpen enzymy na jiných místech a vznikají tak jiné fragmenty. Ty se následně spojují a vznikají silně neurotoxické oligomery. Dále dochází ke koagulaci, spojení dlouhých vláken β -amyloidů a vzniku alzheimerovských plaků. Tyto plaky jsou pak okrsky neurodegenerace. Zde probíhá zánětlivá reakce, uvolňují se volné kyslíkové radikály, cytokiny a dochází k dalšímu poškození centrální nervové soustavy. V neuronech dochází také k degradaci dalších důležitých proteinů, ze kterých se utvářejí neuronální uzlíčky a to má za následek postižení acetylcholinergního systému, velmi důležitého pro kognitivní funkce. (Raboch, 2012, s. 177)

Někteří pacienti mají familiární formu Alzheimerovy choroby, u které se vyskytuje mutace na chromozomu 1 a 14. (Raboch, 2012, s. 177)

Mozkové gyry jsou zúžené a rýhy rozšířené. Takto atrofovaný mozek může mít hmotnost nižší než 900 gramů. (Mačák, 2012, s. 305) Nejdříve dochází k atrofii hipokampu a amygdaly. Základní biologické markery Alzheimerovy nemoci popisuje Raboch (2008, s. 27) takto: „...*atrofie mediálních temporálních struktur (hipokampu a amygdaly)s rozšířením temporálních rohů postranních komor (zjištěno zobrazovacími metodami CT a MRI), poruchy epizodické paměti a změny koncentrace některých proteinů v likvoru proti věkově srovnatelným zdravým osobám (dochází ke snížení koncentrace β -amyloidu).*“.

1.3 Stadia Alzheimerovy choroby

Patologické a patofyziologické změny u Alzheimerovy nemoci začínají již pár desítek let před projevy demence. (Vyhnálek, 2012, s. 325) V literatuře jsou popsána tři stadia této nemoci.

1.3.1 Preklinické stadium

V preklinickém stadiu se v mozku pacienta již objevují známky patologie, ovšem bez přítomnosti subjektivních či objektivních příznaků. Mohou být přítomny malé odchylky, které jsou měřitelné psychologickými metodami. V tomto stadiu může začít výskyt deprese. (Nikolai, 2013, s. 9; Raboch, 2012, s. 173)

1.3.2 Stadium mírné kognitivní poruchy

V tomto stadiu dochází k progresi poruch kognitivních funkcí a pacient si na ně začíná stěžovat. Aktivita denního života mu začínají dělat čím dál větší problémy, obzvláště ty instrumentální, jako je například telefonování. Stále se však dá označit za soběstačného. Velmi individuálně se začínají objevovat poruchy chování. (Nikolai, 2013, s. 9; Raboch, 2012, s. 173)

1.3.3 Stadium demence

Ve stadiu demence jsou poruchy kognitivních funkcí natolik vystupňované, že nemocní již nepoznávají své blízké, je zde dezorientace místem i časem a neschopnost zvládat aktivity denního života je odkazuje na pomoc okolí. Výrazným problémem jsou poruchy chování, které velmi ztěžují komunikaci a spolupráci s rodinou a pečujícími osobami. (Nikolai, 2013, s. 10; Raboch, 2012, s. 174)

1.4 Klinické projevy Alzheimerovy nemoci

Bartoš (2010, s. 57) mluví o Alzheimerově nemoci takto: „*Jedná se o onemocnění s plíživým začátkem a plynulým zhoršováním paměti a dalších kognitivních schopností vedoucích k narušení pracovních nebo sociálních aktivit.*“

Alzheimerova choroba se v raném stadiu diagnostikovat nedá. První příznaky nemoci bývají rodinou i nemocným mylně připisovány stárnutí. Hlavním příznakem je ztráta paměti. (Corliss, 2009, s. 6) Zpočátku se jedná hlavně o krátkodobou paměť také nazývanou epizodickou. Takto o poruchách paměti hovoří Raboch (2012, s. 174): „*Toto postižení se týká u lehkých forem především recentních, nedávných vzpomínek, v průběhu progresu demence zapomínají nemocní i epizody z dávnější minulosti. Postupně se rozvíjí i porucha sémantické paměti - vypadávají naučené vědomosti. Z časového hlediska je více porušena recentní paměť (zapomínají, co jim bylo před chvílí řečeno, ptají se vícekrát na to samé, ztrácejí věci apod.). V těžkých situacích je porušena i paměť procedurální (implicitní) - ztrácejí schopnosti vykonávat naučené dovednosti, jako je např. jízda na kole.*“

Prvními známkami, že něco není v pořádku, by pro rodinu mohly být časté a náhlé změny nálady, lhostejnost a ztráta zájmu o věci, které nemocného dříve bavily. Dotyčný je uzavřený, podrážděný anebo nečekaně nepřátelský. V důsledku chemických změn v mozku nemocného se dostavuje deprese s klasickými příznaky, jako je mimo jiné ztráta chuti k jídlu až hubnutí, poruchy spánkového režimu (nespavost nebo naopak přílišná spavost), ztráta energie, pocity méněcennosti a myšlenky na sebevraždu. (Corliss, 2009, s. 6)

Dalším příznakem jsou poruchy fatické, tedy poruchy řeči při zachovalé schopnosti mluvit. Zpočátku má pacient problém najít vhodná slova a snaží se to zakrýt dalekosáhlým popisem, který málokdy vede k úspěchu a je následován rozčarováním pacienta. Dále nahrazují podobně znějící slova, komolí výrazy, mumlají si pro sebe anebo stále opakují nějaké slovo či slovní spojení. Čím vážnější je demence, tím bývá řeč postižená více, až může pacient přestat mluvit úplně. (Corliss, 2009, s. 6-7; Raboch, 2012, s. 174) V publikaci od Rabocha (2012, s. 174) se dále dočteme: „*V těžších stádiích demence bývá přítomná i agrafie (neschopnost písemného projevu). Amnestická afázie je vypadávání pojmů. Agnozie je neschopnost na centrální úrovni správně rozpoznat senzorické vjemy, jako například slyšenou řeč (při neporušeném sluchu). V těžších případech Alzheimerovy nemoci se vyskytuje alexie - neschopnost porozumět čtenému textu (při neporušeném zraku).*“ Agnozie způsobuje, že pacient není schopný si správně vyložit, co vidí a proto může například vrážet do nábytku, příbuzné považovat za podvodníky a později už ani

nemusí poznávat svůj odraz v zrcadle. Agnózie může vést až k velmi nevhodnému chování, jako např. močení do odpadkového koše. (Corliss, 2009, s. 7)

U nemocných se rozvíjí apraxie neboli neschopnost vykonávat dříve naučené pohybové stereotypy. Nemocný s apraxií doslova zapomněl, jak vykonávat různé denní aktivity. Apraxie se běžně vyvíjí postupně, ovšem může udeřit i náhle. Nejdříve zasáhne složitější profesní činnosti - i ty, které nemocného dříve živily. Nejvíce nápadná je apraxie u jemných pohybů rukou, jako je zhoršení rukopisu nebo potíže při zapínání knoflíků a oblékání, ale i u žvýkání jídla, chůze a posazování i zvedání ze židle. V pokročilé fázi nemoci již pacient není schopný pečovat sám o sebe - nezvládá základní hygienické návyky, bývá inkontinentní. (Corliss, 2009, s. 7)

V těžké fázi onemocnění mají pacienti problém polykat. Převalují potravu v ústech, klidně i několik desítek minut nebo naopak potravu nežvýkají a pouze ji mají v ústech, tekutiny místo polknutí kloktají, mají problém spolknout tablety. S tímto nepříjemným jevem jsou spojena rizika jako aspirace, malnutrice, záněty dýchacích cest aj. (Holmerová, 2012, s. 70-72)

S poklesem kognitivních schopností mají nemocní problém s rozhodováním, nacházením řešení a posouzením situace. Pacienti ztrácejí pojem o čase. Jejich dezorientace se postupně rozšiřuje na místa i osoby. Problém s vnímáním času se prohlubuje při postupující nemoci. Nemocný má tak například pocit, že po příjezdu domů musí opět odjet, nebo si stěžuje na nedostání jídla po té, co právě dojedl. (Corliss, 2009, s. 6)

Velmi často se u pacientů s Alzheimerovou chorobou objevují poruchy chování. Mohou být doprovázeny agresí. Patří sem tvrdohlavost, odmítání pomoci, neochota vzdát se nebezpečných situací, toulání, používání sprostých slov, výkřiky, odcházení z domova, schovávání věcí až krádeže, neúčelná podnikavost, nevhodné sexuální chování, močení na nesprávných místech, chození po venku nahý nebo příliš oblečený, jezení věcí neurčených k jídlu aj. Verbální nebo i fyzická agresivita bývá namířena proti lidem (nejčastěji rodině, pečovatelům, zdravotníkům) i věcem. (Corliss, 2009, s. 7; Raboch, 2012, s. 174-175)

V pokročilejších fázích se objevuje nepřiměřená emocionální reakce na malý problém. Nemocný reaguje neutěšitelným pláčem, křikem, klením nebo odmítáním pokračovat v aktivitě. Spouštěčem těchto nemocí bývá únava, stres, tělesný diskomfort anebo i pouhé neporozumění situaci. (Corliss, 2009, s. 7)

S poruchami chování souvisí i výskyt bludů, o nichž hovoří Raboch (2012, s. 175) ve své publikaci: „*Bludy bývají převážně paranoidně-perzekučního obsahu, velmi nesystematické, vágní, s proměnlivým obsahem. Časté jsou bludy okrádanosti - pacientům kradou domnělí nepřátelé peníze, ošacení, ale i peří z peřin apod. Halucinace bývají nejčastěji zrakové. Mohou být přítomny i iluze. Někdy se vyskytují i misinterpretace (Capgrassův syndrom) - zároveň správná i nesprávná identifikace objektu.*“

Všechny výše zmíněné příznaky se projevují různě intenzivně u každého nemocného. Je ovšem vyzkoušeno, že k jejich zhoršení dochází v podvečer (v angličtině je pro tento jev používán termín sundowning). Přesné odůvodnění není známo. Přisuzuje se to únavě, klasickému večernímu ruchu, kdy se schází celá rodina, připravuje se večeře a je puštěná televize. (Corliss, 2009, s. 7)

1.5 Diagnostika Alzheimerovy nemoci

Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014) se Alzheimerova choroba v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů značí následovně:

- F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
- F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
- F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS

Diagnostikovat Alzheimerovu chorobu není jednoduché. Impulzem pro započítání klinických testů by měly být změny epizodické paměti. (Miyoshi, 2010, s. 13)

1.5.1 Anamnéza

Na počátku všeho by měla být důkladná anamnéza. Pro vyhodnocení změny je pro lékaře dobré odhadnout pacientův intelekt před výskytem prvních příznaků. O přiměřenosti kognitivní výkonnosti k věku a vzdělání píše Nikolai (2013, s. 15) ve své publikaci: *„Zodpovědět tuto otázku je důležité zejména u pacientů se stížnostmi na paměť, kteří jsou ještě zcela soběstační. U těchto subjektů je velmi často obtížné na základě anamnézy, screeningových testů a neurologického vyšetření určit, zda je pacient kognitivně alterován či má pouze kognitivní deficit, který je důsledkem normálního stárnutí, popřípadě je depresivní, a neuropsychologické vyšetření neuropsychologickou baterií je v tomto případě stěžejní. V případě nálezu alterace je dále cenné zjistit nejpostiženější kognitivní doménu, a tak odhadnout pravděpodobnost, že kognitivní porucha je důsledkem počínající Alzheimerovy nemoci.“* Pro lepší představu o situaci je vhodné vést rozhovor s pacientem i s rodinou, případně osobou blízkou. Dostane se tak lékaři přesnější informace o prvních příznacích a jejich charakteristice. Lékař musí zjistit, jaké léky pacient užívá, neboť některé se na poruchách kognitivních funkcí mohou značně podílet - například benzodiazepiny, anticholinergika, tricyklická antidepresiva aj. Dále lékař pátrá po úrazech hlavy, mozkových příhodách, vaskulárních onemocněních, dřívějším výskytu deprese, výskytu demence v rodině atd. (Bartoš, 2010, s. 31-32; Jiráček, 2009, s. 26)

1.5.2 Vyšetření kognitivních funkcí

Klinicky nejuzívanějším testem u pacientů s Alzheimerovou chorobou je Mini-mental State Examination (MMSE). Test je dobře specifický pro obecnou diagnostiku demence, ovšem pro svou malou citlivost není použitelný při časně diagnostice kognitivních poruch. Bodová škála je 0-30 bodů a je rozdělena do pěti výsledných kategorií. MMSE obsahuje úkoly jako počítání (nejčastěji odečítání čísla 7 od čísla 100),

opakování věty, orientace osobou, časem a místem, překreslení obrázku aj. (Jiráček, 2009, s. 27; Franková, 2010, s. 19)

K dalším metodám patří test s názvem Hodiny. Pacient dostane za úkol nakreslit ciferník a dokreslením hodinových ručiček zaznamenat čas „za deset minut dvě hodiny“.

Další testy se zaměřují na paměť, neboť ta je u Alzheimerovy nemoci narušena nejvíce. Žádáme pacienta, aby například vyjmenoval, co jedl předchozí den nebo zopakoval slova, která mu byla sdělena před několika minutami. (Franková, 2010, s. 19)

Řeč u pacienta lze hodnotit přímo i nepřímo. Nepřímým hodnocením je myšleno pozorování pacientovy mluvy, plynulosti projevu, asociací, vypadávání slov apod. Naopak u přímého hodnocení lékař pacienta vybízí, aby přečetl danou větu, zopakoval ji a vysvětlil. Dále říká nemocnému různé příkazy (např. „Zavřete oči a levou ruku položte na pravý loket!“) a sleduje, zda je schopný pochopit jejich význam.

O Wechslerově škále paměti se zmiňuje Jiráček (2009, s. 27): „*Poskytuje detailní informace o slovní a zrakové paměti, zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení. Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru.*“ Jiráček (2009, s. 28) dále uvádí Stroopův test, který slouží k posouzení míry pozornosti, adaptace na zátěž, psychomotorického tempa a mentální pružnosti.

Míru postižení kognitivních funkcí určuje Resbergova škála GDS (Global Deterioration Scale). Tato škála má 7 stupňů a podle ní Česká alzheimerovská asociace sestavila strategii P-PA-IA o níž bude řeč v kapitole 2.1. (Holmerová, 2007, s. 268)

Jak bylo řečeno v kapitole o příznacích nemoci, zasaženy jsou i aktivity denního života (ADL) a to významně. I na to je třeba brát zřetel při diagnostice. Pro tuto kategorii diagnostiky je vyhotoveno mnoho postupů, např. Barthelův test základních denních činností ADL, pozorování nemocného, zadání úkolu nemocnému a sledování jeho vyhotovení, svědectví rodiny nebo pečovatele apod. (Mulligan, 2003, s. 235-247)

1.5.3 Další klinická vyšetření

Podstatnou složku v diagnostice tvoří testy zaměřené na aktivity denního života (ADL - z anglického activities of daily living). V pokročilejších fázích onemocnění jsou plnohodnotné informace podány spíše rodinnými příslušníky než nemocným samotným. Pacient se naopak považuje za zcela soběstačného. Hodnoceny jsou aktivity klasické jako hygiena, oblékání, chůze po rovině, chůze do schodů, posazování a vstávání, kontinence moče a stolice apod. Dále se hodnotí schopnost užívat nástroje (IADL - z anglického instrumental activities of daily living). Do této kategorie patří vaření, vedení domácnosti, nakládání s financemi, telefonování atd. (Franková, 2010, s. 21)

1.5.4 Zobrazovací metody

„U pacientů se syndromem demence a podezřelých na Alzheimerovu chorobu provádíme zobrazovací metody CT a eventuálně MRI mozku, tím vyloučíme zejména

expanzivní procesy CNS a ischemie. Na těchto vyšetřeních typických pro Alzheimerovu chorobu nejsou jednoznačné specifické rysy patologie, obvykle je nalezena kortikální a subkortikální atrofie mozku, která nemusí vždy korelovat s tíží klinického stavu. Na MRI můžeme sledovat objemy hipokampů a temporálních rohů postranních komor, kde je obvykle zjištěna atrofie. Na EEG, které je často indikováno u pacientů s AD, můžeme nalézt nespecifické změny ve smyslu zpomalení základního rytmu do pásma delta až theta aktivity.“ (Ressner, 2006, s. 16)

Nově se začíná využívat metoda pozitronové emisní tomografie, která pomocí substance Pittsburgh B zobrazuje β -amyloid v mozku. Vzhledem k tomu, že β -amyloid je v mozku patrný poměrně brzy, může toto vyšetření vést k časnějšímu odhalování Alzheimerovy choroby.

1.5.5 Diferenciální diagnostika

Syndrom demence může mít příčinu v mnoha jiných nemocech než jen v Alzheimerově chorobě. Pro správné nastavení léčby je potřeba eliminovat všechny ostatní možné příčiny.

„Stavy, které mohou připomínat demenci, tedy i poruchy kognitivních funkcí, mohou být jen zpomalením psychomotorického tempa při únavě nebo při celkové slabosti nebo se zde mohou promítat emoční a motivační faktory vyšetřovaného. Demence je porucha chronická, proto je velice nutné, aby v prvním kroku diferenciální diagnózy byly odlišeny akutní poruchy, tedy delirium.“ (Ressner, 2006, s. 16)

Nemoci, které je potřeba u diagnostiky Alzheimerovy choroby zohlednit jsou například demence s Lewyho tělisky, frontotemporální demence, Huntingtonova choroba, ischemicko-vaskulární demence aj. (Schwartzman, 2006, s. 684)

K rozlišení vaskulární demence od demence způsobené degenerací slouží Hachinskiho ischemické skóre. Obsahuje 13 položek, které jsou posuzovány podle výskytu v anamnéze pacienta. Skóre se pohybuje od 0 do 18 bodů. Více jak 7 bodů svědčí pro vaskulární demenci a méně než 4 pro Alzheimerovu chorobu. (Pryse-Phillips, 2009, s. 433)

1.6 Terapie Alzheimerovy choroby

V současné době není žádná účinná metoda, která vyléčí toto onemocnění definitivně. Podávané léky omezují nebo zlepšují symptomy nemoci a krátkodobě zpomalují progresi, ovšem je to individuální u každého pacienta. (Shan, 2013, s. 36)

Klinicky se užívají pouze dvě skupiny léků, neboť jen ony mají účinnost podloženou důkazy (evidence-based medicine). Jsou jimi inhibitory acetylcholinesterázy a antagonisté N-methyl-D-aspartátových glutamátergních receptorů (NMDA). (Raboch, 2012, s. 177)

1.6.1 Inhibitory acetylcholinesterázy

Léky tohoto typu blokuje enzym rozkládající acetylcholin a zvyšují tak množství acetylcholinu v synapsi neuronů v mozku. Nejčastěji se indikují při lehké až středně těžké

formě choroby, ale studie potvrdily léčebný efekt i u těžkých forem. Léčba se započíná nízkou dávkou. Dávka se postupně navyšuje s cílem dosáhnout nejvyšší účinné dávky, která je pacientem tolerována. Léky z této skupiny jsou donepezil, rivastigmin a galantamin. (Raboch, 2012, s. 177; Bartoš, 2010, s. 82-87; Borda, 2006, s. 55)

Rivastigmin inhibuje mimo acetylcholinesterázy ještě butyrylcholinesterázu, jež by dle některých studií mohla mít podíl na zhoršování kognitivních funkcí. Vyrábí se ve formě perorálních tablet nebo transdermálních náplastí. Výhodou rivastigminu je minimum lékových interakcí. Donepezil bývá pacienty dobře tolerován i při maximální terapeutické dávce, ale pro jeho metabolizaci v játrech je potřeba počítat s některými lékovými interakcemi. Posledním zástupcem je galantamin, který moduluje nikotinové receptory a zesiluje tím cholinergní přenos. (Grossberg, 2011, s. 37; Bartoš, 2010, s. 86-87; Cummings, 2003, s. 92)

Inhibitory cholinesterázy mohou komplikovat přidružená onemocnění, jako jsou astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc, gastroduodenální vředy, epilepsie apod. Podáním léku může dojít ke zvýšené sekreci žaludeční kyseliny. Od tohoto děje se odvíjejí možné nežádoucí účinky - nauzea, zvracení, průjem, nechutenství, případně bolesti břicha. (Bartoš, 2010, s. 85)

1.6.2 Antagonisté NMDA

Hyperaktivita NMDA receptorů vede k výpadkům paměti, náladovosti, paranoie, halucinacím a poruchám učení. (Ali, 2012, s. 68)

Princip působení antagonistů N-methyl-D-aspartátových glutamátergních receptorů popisuje Raboch (2012, s. 177): „U Alzheimerovy choroby dochází k excitotoxicitě - nadměrnému uvolnění excitačních aminokyselin, které pak na NMDA receptorech ruší mechanismus dlouhodobé potenciace, jeden ze základních mechanismů paměti. Při excitotoxicitě dochází k nadměrnému influxu kalcia do neuronů, k aktivaci některých enzymů nežádoucím způsobem, v důsledku toho ke zvýšené expresi proapoptotických faktorů a následně k apoptóze neuronu.“

Zástupcem této skupiny léčiv je lék memantin. Je účinný při léčbě kognitivních, funkčních a behaviorálních symptomů. Mezi jeho nežádoucí účinky patří útlum, zmatenost, bolest hlavy a zácpa. Memantin se může užívat samostatně nebo v kombinaci s inhibitory acetylcholinesterázy, nejčastěji s donepezilem. (Agronin, 2008, s. 116)

1.6.3 Ginkgo biloba

Při léčbě Alzheimerovy choroby je doporučováno podávat extrakt z ginkgo biloby (značí se EGb 761) pro jeho přínos při posilování paměti. Extrakt zasahuje do energetického metabolismu mozku a potlačuje oxidativní stres. Bývá dobře tolerován. Je na místě podat extrakt z ginkgo biloby, pokud nelze časně (nebo vůbec) podávat inhibitory acetylcholinesterázy. Při podávání po 16. hodině je riziko zhoršeného usínání. (Perry, 2013, s. 56; Bartoš, 2010, s. 91; Franková, 2010, s. 44)

1.6.4 Jiné přípravky

Ostatní léčivé přípravky se používají u každého pacienta velmi individuálně a podle symptomatologie, neboť jejich úspěšnost při léčbě není založena na důkazech.

Látky jako E-vitamin, retinol, selen, betakaroten a C-vitamin likvidují volné kyslíkové radikály. U Alzheimerovy choroby je kyslíkových radikálů nadbytek, vážou se na stěny nervových buněk a poškozují je. Organismus postižený touto chorobou není schopen je sám likvidovat. (Jiráček, 2009, s. 89)

Literární zdroje se mírně rozcházejí v názorech na doplňkovou léčbu nootropiky (piracetam, pyritinol). Jiráček (2009, s. 89-90) o nich hovoří jako o přídatných farmakách Alzheimerovy choroby, Franková (2010, s. 44) naopak uvádí, že existuje důkaz pro jejich neúčinnost v indikaci Alzheimerovy choroby.

Při výskytu depresí se pacientům ordinují antidepresiva s výjimkou tricyklických antidepresiv I. generace. Lékem první volby jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (zkratka SSRI). Jsou jimi např. citalopram, fluoxetin, sertralin. Při jejich podávání je riziko vzniku hyponatremie, obzvláště v kombinaci s diuretiky a u pacientů náchylných k dehydrataci. (Ressner, 2011a, s. 143; Gauthier, 2009, s. 18-19) Při projevu behaviorálních poruch se podávají antipsychotika (haloperidol, tiaprid). (Raboch, 2012, s. 177)

Je žádoucí vyhnout se benzodiazepinům pro jejich tlumící účinek. Mohou mít vliv na zhoršení poruch paměti a stavu kognitivních funkcí. (Ressner, 2011a, s. 143)

1.6.5 Nefarmakologická terapie

Alzheimerova nemoc je typ nemoci, u které by měl být multidisciplinární přístup samozřejmostí. Účinky farmak jsou jasně podloženy výzkumem. V poslední době se začíná více prostoru věnovat i nefarmakologickým přístupům k nemocným. Jejich účinky zatím nejsou pevně podloženy. (Holmerová, 2007, s. 117)

Prvním podstatným krokem v managementu demencí je včasné stanovení diagnózy a následné přizpůsobení terapie. Spolu s podáním dostatečných informací pacientovi i jeho rodině může být očekáván pozitivnější průběh onemocnění. (Sheardová, 2010, s. 174)

Posilování kognitivních funkcí u lidí s demencí může probíhat několika způsoby. Metoda reminiscenční terapie prostřednictvím předmětů, fotografií a zvuků vyvolává u lidí vzpomínky, které následně posilují krátkodobou i dlouhodobou paměť. Procvičování paměti probíhá formou her typu pexeso, slovní kopané, říkanek apod. Lidem s diagnózou demence je nutné pomáhat s orientací v realitě - vyznačit jasně datum, čas, kde se pacient a věci pro něj důležité nachází atd. (Holmerová, 2007, s. 122)

Pokud je pacientovi diagnostikována demence, je žádoucí ho co nejdéle udržet soběstačným. Od pečujících osob se vyžaduje notná dávka trpělivosti a ochoty. Dostatečná motivace je potřebná na obou stranách. Čím déle bude pacient soběstačný alespoň v základních denních činnostech, tím spíše se předejde nepříjemným komplikacím spojeným s imobilizací. Míra asistence se odvíjí od stavu nemocného. Pacient s demencí si

nemusí uvědomovat potřebu se vymočit. Jako prevence inkontinence může sloužit sestavený mikční plán, který zajistí pacientovi pravidelnou možnost vymočení. (Holmerová, 2007, s. 106, 107 a 123)

K dalším složkám nefarmakologického zvládání Alzheimerovy nemoci patří řádná edukace pečujících osob, zapojení rodiny do péče o nemocného, zvládání problémového chování u nemocného, přizpůsobení prostředí aj. (Holmerová, 2007, s. 120-121)

2. Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče

Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou je náročná sama o sobě. Pacient vyžaduje neustálou pozornost a pomoc. Nejinak je tomu na odděleních intenzivní péče, kde je pacient vystaven neznámému, prostředí a jeho nepřetržitému provozu. Zdravotnický personál zde musí zvládnout péči o člověka s vážnou, akutní primární diagnózou, která je příčinou pobytu nemocného na jednotce intenzivní péče a zároveň obsáhnout management péče o nemocného s projevy demence. Nemocniční personál by měl být řádně vyškolený a připravený na jednání s takto nemocnými lidmi.

V této kapitole bude pozornost věnována nemocniční péči bez souhlasu, komunikaci s pacientem s demencí, zjišťování bolesti u pacienta s demencí, výskytu deliria u pacientů s demencí, zvládání agresivních pacientů a používání omezovacích prostředků.

2.1 Hospitalizace bez souhlasu

Hospitalizaci v nemocnici a některé zde prováděné výkony je potřeba odsouhlasit pacientem, a to podepsáním informovaného souhlasu. U osob s demencí nastává v tomto bodě problém - je pacient schopný o sobě rozhodovat? Na kolik je jeho demence závažná, aby bylo nutné nechat rozhodování na osobě určené?

Česká alzheimerovská společnost vypracovala strategii P-PA-IA založenou na jednotlivých stádiích demence, která má usnadnit nemocnému i zdravotníkům řešení formálních záležitostí. Písmeno „P“ je znakem pro podporu / poradenství potřebné hlavně v prvním stadiu demence, „PA“ značí programované aktivity u druhého stádia a „IA“ označuje individuální asistenci charakteristickou pro třetí stadium demence. (Holmerová 2013, s. 159)

V prvním stadiu demence by člověk (za předpokladu, že je dostatečně informován o svém stavu) měl být schopný sám učinit rozhodnutí spojená s další léčbou, včetně léčby komplikací a možnou resuscitační péčí. Toto rozhodnutí se nazývá termínem „dříve vyslovená přání“ a dle § 36 odstavce 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, musí mít písemnou formu a být opatřené ověřeným podpisem pacienta. (Holmerová, 2013, s. 159-160; Vellas, 2006, s. 44)

Ve druhém stadiu demence s nemocným bývá ještě domluva možná, ve třetím stadiu již minimálně. Souhlas s hospitalizací (pokud toho pacient ve druhém stadiu není schopný) podepíše stanovený opatrovník. Není-li stanovený, je poskytovatel povinen dle § 40 odstavce 1 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, do 24 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci oznámit věc soudu.

2.2 Práva pacientů s demencí Alzheimerova typu

Česká alzheimerovská asociace zveřejnila práva pacientů trpících demencí. Pro účel této kapitoly budou vyjmenována ta, která souvisí s hospitalizací na odděleních intenzivní péče:

- Být informován o své chorobě.
- Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
- Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
- Při vyjadřování svých pocitů být brán vážně.
- Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
- Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

(Holmerová, 2012, s. 7)

Tato práva jsou sestavena s ohledem na psychické změny u nemocných s Alzheimerovou chorobou a mají sloužit hlavně k poučení zdravotnického personálu. Je důležité uvědomit si, že člověk s diagnostikovanou demencí má stejná práva jako ostatní „nedementní“ pacienti, která jsou stanovená v etickém kodexu práv pacientů.

2.3 Komunikace s pacientem s demencí

Komunikace s pacientem na jednotce intenzivní péče je náročná ať už pro jeho primární onemocnění, bolest nebo například při napojení na umělou plicní ventilaci. U pacientů s demencí je komunikace o mnoho obtížnější a vyžaduje značnou dávku empatie, trpělivosti, taktního přístupu a respektu. Na odděleních intenzivní medicíny mívá personál větší obtíže s komunikací s pacienty než personál na standardních odděleních. Bývá to právě způsobeno větším výskytem „sedovaných“ a zaintubovaných pacientů. Zdravotníci pak nejsou zvyklí komunikovat s pacientem a při hospitalizaci pacienta s diagnózou demence může tato nezkušenost vést ke vzniku behaviorálních symptomů demence (křik, agrese, neklid) na straně pacienta a tím i k možnému zhoršování zdravotního stavu a k podrážděnosti a nespokojenosti na straně zdravotníka. Proto by proškolení zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace měla být věnována větší pozornost.

Už pouhá přítomnost na oddělení intenzivní péče způsobuje pacientovi stres. Ocítá se v neznámém prostředí, má strach, obklopují ho cizí lidé, musí zůstat na lůžku napojený na monitory a případné invazivní vstupy, může mít bolesti apod. Člověk s demencí v prvním a druhém stadiu tuto změnu a bezmoc snáší přirozeně mnohem hůř než psychicky zdravý člověk. Je neklidný až agresivní, nespokojený, snaží se vstát z lůžka, vytahuje si invazivní vstupy apod. Dříve než se přistoupí ke zklidnění pacienta pomocí medikace a užitím omezovacích prostředků, měl by se zdravotník pokusit pacienta uklidnit trpělivou komunikací a empatickým přístupem.

S pacientem s demencí je doporučeno mluvit klidně, v krátkých větách s jasným sdělením a bez zbytečných přídavných jmen. Nahlas mluvit pouze při poruchách sluchu, hlasitost může v nemocném vyvolat úzkost či napětí. Ačkoli to podmínky na pracovišti intenzivní péče málokdy umožňují, je třeba zajistit co nejtišší chod, bez zbytečných

rušivých elementů a to nejen při rozhovoru s pacientem. Například ostatní rozhovory na oddělení by mohly odvádět pozornost nemocného od komunikace se zdravotníkem. To, že se personál, před komunikací s nemocným představí, by mělo být samozřejmé. U pacientů s demencí je potřebné představení opakovat, před každým začátkem komunikace, neboť je narušena krátkodobá paměť. Zdravotník pacienta oslovuje jménem (pokud nemocný zareaguje na oslovení, je to známka, že je schopný sdělení věnovat pozornost), pokládá pomalu jednoduchou otázku a dává nemocnému dostatek času na odpověď - opakování otázky neumožňuje nemocnému soustředit se na odpověď. Vzhledem k poruchám krátkodobé paměti pacient zapomíná získané informace a stále se dotazuje, zdravotník by měl v rámci možností vždy klidně a jednoduše odpověď opakovat. Je doporučeno nepouštět se do konfliktu s pacientem. V případě, kdy hrozí vlivem nedorozumění agresivní reakce na straně nemocného, měl by zdravotník převést rozhovor na jiné, klidnější téma. (Venglářová, 2006, s. 102; Bartoš, 2010, s. 107; Holmerová, 2012, s. 54-55)

U neverbální komunikace by se měl zdravotník vyvarovat rychlých a prudkých pohybů, slovní projev doprovodit pouze mírnou gestikulací. Je doporučeno názorně pacientovi ukázat, co se od něj požaduje. K názorným ukázkám mohou sloužit i pomocné obrázkové kartičky, které bývají většinou určené pro pacienty s endotracheální intubací. Rozhovor by měl být veden v zorném poli pacienta a za pohledu do jeho obličeje. Pokud je to u konkrétního nemocného vhodné, může být komunikace doplněna o pohlazení, uchopení za ruku či dotyk na rameno. Zdravotník věnuje pozornost neverbálním projevům nemocného. Z mimiky v obličeji a pohybů a polohy končetin a těla lze vyvodit emoční stav nemocného i případnou bolest. (Holmerová, 2012, s. 54-55; Bartoš, 2010, s. 107; Jiráček, 2009, s. 114-115)

2.4 Bolest u pacientů s demencí

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním anebo potenciálním poškozením tkání anebo je popisovaná výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“ (Světová zdravotnická organizace)

Hodnocení bolesti a management jejího zvládnutí u pacientů s demencí se velmi často podceňují. (Silverstein, 2006, s. 195) Bolest, obzvláště ta neléčená, výrazně zhoršuje kvalitu života. Mimo to může být známkou jiného rozvíjejícího se onemocnění. Bolest prožívá až 80% lidí starších 65 let a nejčastěji bývá muskuloskeletárního a onkologického původu. (Holmerová, 2007, s. 105)

Pacienti s prvním a částečně i druhým stupněm demence jsou schopní alespoň nějakým způsobem charakterizovat bolest. U třetího stupně už toho schopní nejsou, nevýjadří své emoce, nedovedou ani odpovědět ano/ ne na otázku „Bolí Vás něco?“. (Holmerová 2007, s. 105; Brooker, 2013, s. 36)

O možném vnímání bolesti pacientem s demencí hovoří Kalvach (2004, s. 350) ve své publikaci: *„Permanentní bolest může být projevem porušené integrity mozku včetně aktivace paměťových stop bolesti. Dementní nemocní často perseverují údaj o bolesti,*

někteří jsou na této informaci zafixováni a zpětně uvádějí perzistující trvalou bolest v rozporu se skutečností. Snadno se tak boří do bolestivého chování a mnohdy nejsou schopni získat na situaci náhled.“

Americká geriatrická společnost sestavila skupinu šesti indikátorů napomáhajících poznat bolest u člověka s demencí:

- hlasové projevy - sténání, nařikání, pláč
- výraz ve tváři - zamračenost
- řeč těla - houpání, masírování určitého místa, uhýbání doteku, omezený pohyb
- behaviorální změny - zmatenost, agrese, neklid, deprese
- změny v denních aktivitách - odmítání péče, odmítání jídla, změny spánkového režimu
- fyziologické indikátory - zvýšený krevní tlak a puls, zarudnutí, pocení

(Graham-Smith, 2014, s. 301)

K posouzení bolesti u pacientů s demencí bylo vytvořeno mnoho testů a škál. Některé studie ukázaly, že i u pacientů s demencí lze využít klasické hodnotící škály, jako jsou vizuální analogová škála (VAS), numerická škála bolesti a obličejová škála bolesti, ovšem je to u každého pacienta s demencí velice individuální. (Hughes, 2010, s. 131)

2.4.1 PAINAD

Škála PAINAD (tab. 1; Pain Assessment in Advanced Dementia) je určena pro měření bolesti u pokročilé demence. Obsahuje 5 položek, kterými jsou dýchání, vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování a každá z nich se hodnotí body od 0 do 2. Výsledným počtem bodů bude číslo od 0 do 10. Zkušený ošetrovatelský personál hodnotí PAINAD jako stručnou a snadno použitelnou. V českých podmínkách je nejčastěji využívána. (Holmerová, 2007, s. 108; Klevetová, 2010, s. 59)

Tab. 1: Škála PAINAD pro měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí

Tabulka	Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)			
	0	1	2	počet bodů
dýchání nezávisle na vokalizaci	normální	občasné namáhavé krátká období hyperventilace	hlučné, ztížené dýchání dlouhá období hyperventilace Cheyneovo-Stokesovo dýchání	
bolestivá vokalizace	žádná	občasný sten nebo záupění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utržené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	napjatost neklidné přecházení neklid	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	je možné rozptýlit nebo uklidnit hlasem či dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
součet				

Zdroj: Klevetová, 2010

2.4.2 DOLOPLUS-2

Škála DOLOPLUS-2 obsahuje 10 položek roztríděných do 3 skupin - somatické, psychomotorické a psychosociální.

- somatická - ochrana bolestivých oblastí, protektivní polohy, výraz, nářek, spánek
- psychomotorická - aktivity denního života (mytí a oblékání, pohyblivost)
- psychosociální - poruchy chování, komunikace, společenský život

Každá z položek je ohodnocena body od 0 do 3 a výsledek 5 až 35 bodů značí přítomnost bolesti. Tato škála je pro používání na jednotkách intenzivní péče vhodná pouze při spolupráci s rodinou. (Holmerová, 2007, s. 107; Schofield, 2007, s. 76)

Sebelepší škála usnadňující hodnocení bolesti u pacientů s demencí je zbytečná, pokud personál nevěnuje této problematice dostatek pozornosti a není v tomto ohledu řádně vyškolen. Pokud bude u pacienta včas diagnostikována bolest a v lepším případě zjištěn i její původ, předejde se tak komplikacím zmíněným výše (neklid, agrese, poruchy spánku aj.), čímž se usnadní ošetrovatelská i lékařská péče, zamezí se zbytečnému podávání psychofarmak a to vše ke spokojenosti pacienta i zdravotnického personálu.

2.5 Delirium

Pacienti nad 65 let jsou k výskytu deliria během hospitalizace náchylnější. Odborné zdroje uvádějí výskyt dokonce v 61 % při hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. (Topinková, 2006, s. 61)

Raboch (2012, s. 197) definuje delirium následovně: „*Delirium je akutní organický mozkový syndrom, který je etiologicky nespecifický a vzniká na podkladě globální dysfunkce mozku. Vzniká jako reakce mozku na různé škodliviny. Je vyvoláno narušením řady fyziologických mechanismů.*“. Pokud se neodhalí včas a nezačne se léčit, má zásadní vliv na úzdravu pacienta, prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje morbiditu i mortalitu. U pacientů s kognitivní poruchou dochází k ještě většímu deficitu soběstačnosti. (Raboch, 2012, s. 197)

Nástup příznaků deliria je rychlý, obvykle v rámci hodin až dnů. Jejich výskyt a intenzita jsou velmi individuální. Nejvýraznější příznak je porucha vědomí, která je nejvíc nápadná hlavně v odpoledních až večerních a nočních hodinách, kdy pacienti reagují na úbytek denního světla (tzv. sundown syndrome). Dále se zpomalí myšlení, naruší se pozornost, dostaví se dezorientace časem a místem, která se postupně prohlubuje. Běžné jsou i neurologické příznaky jako tremor, poruchy koordinace, ataxie apod. Vnímání může být pozměněno iluzemi a vizuálními i sluchovými halucinacemi. (Praško, 2011, s. 146; Topinková, 2006, s. 61)

Delirium se může vyskytnout v každém věku, ovšem lidé starší 65 let jsou mnohem náchylnější a proto je potřeba dbát na prevenci výskytu těchto stavů. Lékař musí pečlivě zhodnotit pacientovu medikaci – ať už tu stávající nebo plánovanou. Jedná se hlavně o zhodnocení důležitosti podávání léků s anticholinergním účinkem a ostatních léků s účinkem na centrální nervovou soustavu neboť právě tyto mohou mít podíl na vzniku delirantních stavů. Dalšími rizikovými faktory jsou dehydratace, sepe, rozvrat vnitřního prostředí a hlavně bolest. Bolest může být u nemocných s demencí velmi podceňovaná, obzvláště z důvodů obtížné komunikace a její zanedbání může vést k deliriu a následným komplikacím. Velký vliv má také prostředí, ve kterém se pacient nachází. Nemocniční provoz a obzvláště ten na odděleních intenzivní péče svým neustálým koloběhem znemožňuje pacientovi vnímat rozdíl mezi dnem a nocí, je neustále obklopen spoustou lidí, kteří se střídají, a v jeho okolí je příliš mnoho zvuků o různé intenzitě. To vše může přispět ke zhoršení stavu. K preventivním krokům patří i péče o pacientův spánek. (Ressner, 2011b, s. 312; Topinková, 2006, s. 63)

Při výskytu delirantních stavů se první přistupuje k nefarmakologickým postupům léčby. Je nutné pátrat po možných spouštěcích a snažit se nastalou situaci vyřešit. Topinková (2006, s. 63) ve svém článku zmiňuje důležité úlohy v péči o pacienta při prevenci deliria, které náleží hlavně zdravotní sestře:

- péče o dostatečný a kvalitní spánek
- monitorování bolesti a její léčba
- minimalizace bolestivých intervencí a použití invazivních vstupů
- sledování příjmu tekutin a dostatečná hydratace
- sledování stavu výživy a její optimalizace
- péče o vyprazdňování
- mobilizace pacienta
- užití omezovacích prostředků jen v nejnutnějších případech

- neustálá monitorace pacienta
- zajištění jeho bezpečnosti
- citlivá ošetrovatelská péče
- správná komunikace
- senzorická stimulace pacienta

Pokud nefarmakologické postupy nezabírají, přistupuje se k medikamentózní léčbě. Léky první volby u těchto stavů bývají Tiaprid a Haloperidol. (Ressner, 2011b, s. 315)

2.6 Agrese u pacientů s demencí

„Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu.“ (Moyer, 1976 cit. dle Látalová, 2013, s. 16)

Na agresivitu u pacientů s demencí je často pohlíženo pouze z negativního hlediska. Přičemž u diagnózy demence to může být znamení, že se pacient nevzdává, snaží se jí vzepřít, reaguje tak na své chyby, mobilizuje poslední síly, které mu ještě zbyly pro boj s touto nemocí. (Buijsen, 2005, s. 99)

2.6.1 Příčiny agresivního chování

Ne každý člověk chovající se agresivně trpí demencí a ne každý člověk s demencí je agresivní. Výskyt agresivity není odvislý od stadia demence, ale vždy vzniká na základě nějaké příčiny. Navíc se u lidí s demencí nejedná o trvalý stav.

Biologickými příčinami agrese může být bolest, infekce, fyzický diskomfort (zácpa, dehydratace, dlouhé setrvávání ve stejné poloze) apod. (Alzheimer's society, 2013)

Pokud se pacient cítí být ohrožen, agresivita se mu může jevit jako jediná možnost obrany. Obzvláště na jednotce intenzivní péče, kdy je obklopen cizími lidmi, pípajícími monitory a neustále mu někdo narušuje jeho osobní a intimní prostor. Má pocit ztráty důstojnosti a tu všudypřítomnou péči o sebe vnímá jako své selhání v základních životních úkonech. Vzhledem k poruše myšlení si není schopný tyto zásahy racionálně vysvětlit a tyto změny prostředí a osob ho zneklidňují a mohou vyústit v agresi. Jako spouštěče agrese mohou fungovat i leknutí, prudké pohyby personálu, příliš hlasité zvuky, ale i pokládání otázek, na které pacient není schopný odpovědět apod. (Walsh, 2006, s. 137-138; Holmerová, 2007, s. 89-91)

Pacienti s Alzheimerovou chorobou vzhledem k poruchám paměti často zapomínají, kde se právě nacházejí a kam si uložili své věci. O to více zmatení jsou při hospitalizaci v nemocnici, kde jsou převlečení do nemocničního oblečení a mají u sebe jen minimum osobních věcí. Postrádání osobních věcí může vést k nařknutí personálu z krádeže a vygradovat až ke vzniku konfliktu a agresivitě. (Holmerová, 2007, s. 91)

V některých případech může agresivita vzniknout jako sekundární reakce při potýkání se personálu s dalšími projevy poruch chování u pacienta, jako jsou výkřiky, sprostá mluva, požívání nejdých předmětů apod. V literatuře jsou zmíněny i případy, kdy pacient používá agresi jako součást manipulativního přístupu k ostatním lidem. Tento stav

je většinou odvislý od charakteru osobnosti v premorbidním období. (Holmerová, 2007, s. 91)

Najdou se však i výjimečné situace, kdy vznikne u pacienta agresivní chování bez zjevné příčiny. Nasnadě je pak zvážit lékařské vyšetření a zjistit zda se nejedná o zhoršení zdravotního stavu nebo příznak zcela jiného onemocnění. (Holmerová, 2007, s. 94)

2.6.2 Přístup k agresivnímu pacientovi

Základním pravidlem při potýkání se s agresivním pacientem je zůstat v rámci možností klidný, nepouštět se do konfliktního jednání a dát pacientovi najevo, že je jeho rozhořčení bráno vážně. Zdravotník by měl správně vyhodnotit situaci a reagovat na slovní výpady pacienta až pokud to situace vyžaduje. Stejně tak by si měl uvědomovat, že se jedná o poruchu chování a agresivní výpad není namířen vůči jeho osobě. Ošetřující by se měl snažit udržet pod kontrolou svůj hlas - vysoký hlas může být nemocným vyhodnocen jako vyhrožování a podněcuje ho k dalším agresivním výpadům. (Holmerová, 2007, 95-101; Venglářová, 2007, s. 56-58)

K pacientovi není vhodné přistupovat zezadu ani přímo zepředu. Pokud to nevyžaduje situace, měl by se personál vyhnout rychlým pohybům, které by nemocného naopak mohly vyprovokovat. Ideální je zvládnout agresivního pacienta v jednom, maximálně dvou lidech (samozřejmě záleží na situaci). Zdravotník poslouchá, co nemocný říká, neodporuje mu, neopravuje ho, nesnaží se dokázat svou pravdu, nevyčítá ani se nevysmívá. Nemusí souhlasit, ale mohl by projevit pochopení nad vzniklou situací. (Holmerová, 2007, 95-101; Venglářová, 2007, s. 56-58; Alzheimer's society, 2013)

Při fyzickém napadení personálu není možné v prostorách intenzivní péče ponechat pacientovi volný prostor pro uklidnění, jak se doporučuje v literatuře. Problém se řeší domluvou, mnohem častěji však medikací nebo užitím omezovacích prostředků. Jediným přípustným kontaktem ze strany personálu při uklidňování pacienta je uchopení za ruce, případně i za nohy pokud jimi v lůžku kope. (Holmerová, 2007, s. 95)

Po incidentu pacientovi nikdy nesmí být nic vyčítáno a už vůbec není vhodné ho jakkoli trestat (tyto zásady jsou všeobecně platné nejen u pacientů s demencí). Navíc je velmi pravděpodobné, že si dřívější konflikt ani nebude pamatovat a akorát by ho to opět zneklidnilo. (Alzheimer's society, 2013)

Jakýkoli incident je nutné vždy řádně zapsat do dokumentace pacienta.

2.6.3 Prevence a předcházení agresivnímu chování

Pro předcházení situacím vedoucím k agresivním výpadům pacienta je potřeba na každého nemocného pohlížet individuálně. Zdravotník by měl uvažovat nad tím, jak pravděpodobně přemýšlí nemocný s demencí. Je to cesta k lepšímu porozumění a komunikaci a nemocný tak získá pocit, že je vyslyšen a respektován. (Alzheimer's society, 2013)

Agresi lze předcházet i tím, že zdravotník včas odhalí a odstraní bolest u pacienta, zajistí pacientovi dostatečný a klidný spánek, pokusí se co nejvíce zpříjemnit prostředí, ve kterém se nemocný nachází, věnuje se mu a správně s ním komunikuje (nekomunikuje jen formou kontroly a příkazů).

2.7 Užití omezovacích prostředků u pacientů s demencí

K užití omezovacích prostředků by se u pacienta s demencí mělo přistoupit až po neúspěšném vyčerpání všech dostupných možností. Pokud si pacient vytahuje invazivní vstupy, a tak se ohrožuje na životě, nebo fyzicky ohrožuje personál a nelze ho zklidnit, je nutné k omezovacím prostředkům přistoupit co nejdříve, ale vždy šetrně. K užití omezovacích prostředků se nikdy nepřistupuje za účelem usnadnění ošetrovatelské péče.

Způsoby užití omezovacích prostředků definuje § 39 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, následovně (citována je pouze část týkající se jednotek intenzivní péče):

„(1) K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít

a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,

b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty

...

f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb...nebo

g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f)“

Zákon č. 372/2011 Sb. dále stanovuje, že omezovací prostředky smí být použity pouze za účelem odvrácení bezprostředního ohrožení zdraví a bezpečnosti pacienta, případně jiných osob a to pouze po dobu nezbytně nutnou a z indikace lékaře. Nelékařský zdravotnický pracovník smí pacienta omezit na svobodě na základě vlastního rozhodnutí pouze v krajních situacích a ihned musí informovat lékaře. Nemocnému by měly být důvody užití omezovacích prostředků vysvětleny v takovém rozsahu, jak je to vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen pochopit. Pacient omezený na svobodě musí být pod neustálým dohledem ošetřujícího personálu. Použití jakýchkoli omezovacích prostředků musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci dotyčného pacienta.

Způsob omezení pohybu pacienta by měl být nebolestivý, rychlý a proveden co nejvíce profesionálně. Užití omezovacích prostředků nesmí mít vliv na kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče u pacienta. Personál se musí ujistit, že je pacient uložen v relativně pohodlné a bezpečné poloze a že omezovací prostředky jsou použity tak, aby nedošlo k nežádoucím následkům. (Venglářová, 2007, s. 52-53)

Za farmakologické omezovací prostředky jsou považovány ty léky, které jsou užity za účelem zklidnění pacienta a nejsou použity za účelem léčby onemocnění. Podání těchto

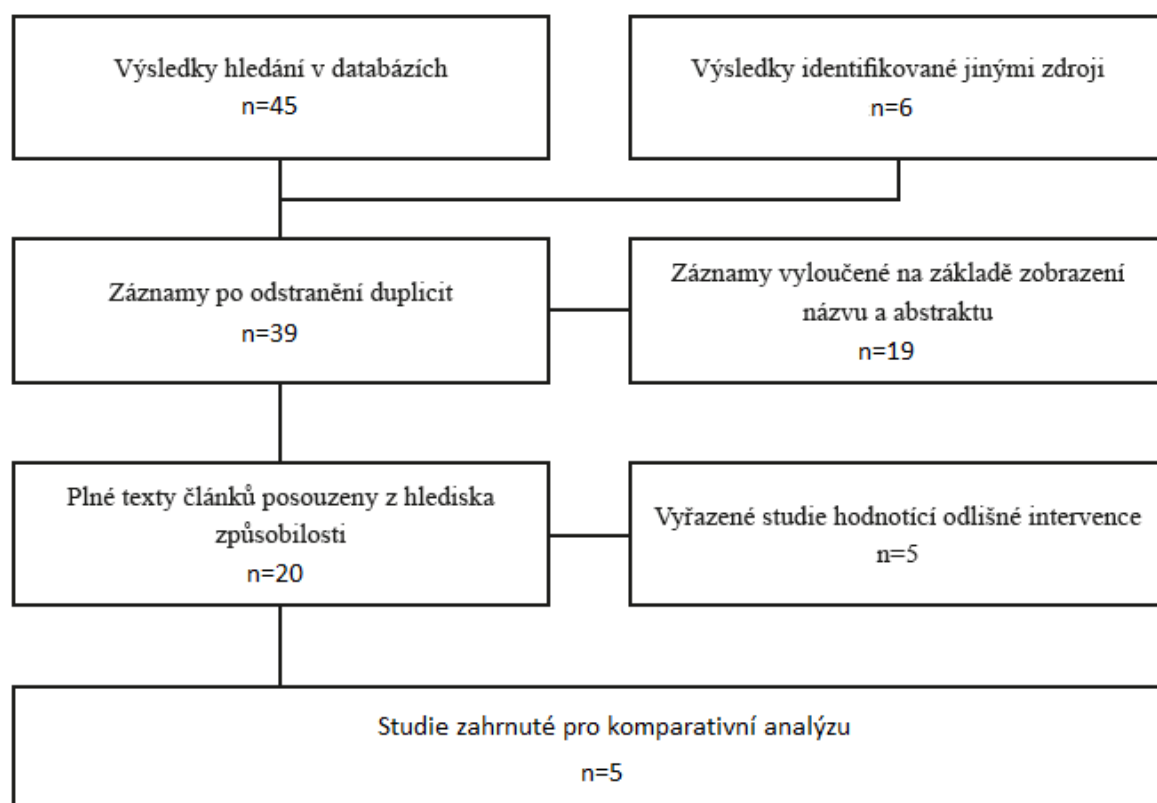
léků nemocným je poměrně nebezpečné z důvodu potlačení i těch několika posledních kognitivních funkcí, které mozek postižený demencí ještě zvládá. Osoba, která je pod vlivem těchto léků, není schopna upozornit na bolest a případný fyzický diskomfort. Mimo to mohou léky vyvolat nežádoucí účinky, které mohou být chybně interpretovány jako projevy zhoršujícího se onemocnění nebo jako příznaky nemoci psychiatrického původu. (Sturmey, 2007, s. 213)

3 Analýza komparačních studií

V následující kapitole bude věnován prostor studiím, které byly uskutečněné v zahraničí a svým zaměřením jsou blízké tématu této diplomové práce. Výběru vhodných studií předcházela systematická rešeršní analýza. Byly využity elektronické databáze Web of Knowledge, Scopus a PubMed/Medline. Pro potřeby diplomové práce bylo vytipováno celkem 5 studií. Grafický přehled selekce studií je uveden ve vývojovém diagramu (obr. č. 1) a stručný přehled výsledků je uveden v tabulce níže (tab. 2).

Obr. 1: Vývojový diagram selekce studií zahrnutých ve výzkumné části diplomové práce

(zdroj: autorka)



Tab. 2: Přehled vybraných zahraničních studií

Název práce	Autor	Rok a místo vydání	Typ výzkumu	Výsledky
Adverse outcomes after hospitalization and delirium in persons with Alzheimer disease	FONG, Tamara G., Richard N. JONES, Edward R. MARCANTONIO, Douglas TOMMET, Alden L. GROSS, Daniel HABTEMARIAM, Eva SCHMITT, Liang YAP a Sharon K. INOUE	2012 USA	Retrospektivní studie (1991-2006)	→ 771 pacientů ve věku 65 let a více s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou = z 367 hospitalizovaných se u 194 objevily delirantní stavy
Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care.	NILSSON, Anita, Marie LINDKVIST, Birgit H. RASMUSSEN a David EDVARDSSON	2012 Švédsko	Dotazníkový průzkum	→ 391 zdravotnických pracovníků pečujících o pacienty starší 70 let s kognitivními poruchami = faktory ovlivňující negativní přístup: <ul style="list-style-type: none"> • vyšší náročnost péče o tyto nemocné • častější výskyt těchto nemocných na oddělení • nižší zdravotnická pozice

Název práce	Autor	Rok a místo vydání	Typ výzkumu	Výsledky
Nurse education regarding agitated patients and its effects on clinical practice.	ÖZDEMİR, Leyla a Erdem KARABULUT	2010 Turecko	Vzdělávací program	<p>→ 18 sester z koronární JIP → užívání omezovacích prostředků</p> <p>= sestry po absolvování programu přestaly užívat fyzické omezovací prostředky jako první volbu při agresi pacienta</p>
Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting.	PARK, Myonghwa, Connie DELANEY, Meridean MAAS a David REED	2004 USA	Retrospektivní studie (1996-1998)	<p>→ 597 pacientů s demencí hospitalizovaných na akutních lůžkách</p> <p>= nejčastější ošetrovatelské diagnózy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neefektivní udržování zdraví • nedostatečné znalosti • riziko poškození • riziko infekce

Název práce	Autor	Rok a místo vydání	Typ výzkumu	Výsledky
Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study.	SAMPSON, Elizabeth L., Nicola WHITE, Baptiste LEURENT, Sharon SCOTT, Kathryn LORD, Jeff ROUND a Louise JONES	2014 Velká Británie	Prospektivní studie	→ 230 pacientů s demencí hospitalizovaných na akutních lůžkách = nejčastější behaviorální a psychiatrické symptomy: <ul style="list-style-type: none"> • agrese • poruchy aktivity

Hospitalizace může být u pacientů s Alzheimerovou nemocí život měnící událost. To tvrdí ve své studii Fong et al. (2012, s. 848-857), kteří sbírali data pacientů s touto nemocí od roku 1991 až do roku 2006 v MADRC (Massachusetts Alzheimer's Disease Research Center). Výsledky v této studii, které spojují výskyt deliria, úmrtí a institucionalizace s hospitalizací, byly získány za použití dat z MADRC (Massachusetts Alzheimer's Disease Research Center), MEDPAR (Provider Analysis and Review database) a NDI (National Death Index). Z výsledků vyplývá, že z celkem 771 pacientů s Alzheimerovou chorobou ve věku 65 let a více bylo hospitalizováno 367 pacientů a u 194 z nich se objevily delirantní stavy. U těch, kteří projevy deliria neměli, se naopak zjistilo zvýšené riziko úmrtí a institucionalizace. Přibližně jeden z osmi hospitalizovaných pacientů s Alzheimerovou chorobou, u kterých se vyvine delirium, bude mít alespoň jeden negativní následek - pokles kognitivních funkcí, institucionalizace nebo smrt. Prevence deliria může představovat důležitou strategii pro snížení nepříznivých následků hospitalizace u takto nemocné populace.

Nilsson et al. (2012, s. 640-647) se ve své studii zabývají přístupem zdravotnického personálu k nemocným starším 70 let s kognitivními poruchami. Výzkum probíhal dotazníkovou formou - z celkem rozdaných 622 dotazníků byla návratnost 63% (391 dotazníků). Respondenty tvořily z 83% ženy. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo mezi 20 až 64 roky s průměrným věkem 35,7 let. Velká část respondentů (92%) uvedla, že péče o pacienty starší 70 let na jejich oddělení je běžná a že většina jich vykazuje poruchy kognice. Tato studie měla za cíl prozkoumat postoje zdravotníků pracujících na jednotkách intenzivní péče ke starším nemocným nad 70 let s kognitivními poruchami a prozkoumat faktory související s negativním přístupem k těmto nemocným. Jako faktory podporující negativní přístup ke starším pacientům s kognitivními poruchami byly určeny tyto: vyšší vnímání náročnosti péče o pacienty s kognitivní poruchou, častější výskyt těchto nemocných na oddělení, mladší věk, nižší zdravotnická pozice (zdravotnický asistent). Dále výzkum zjistil, že personál, který s nemocnými s kognitivními poruchami přijde častěji do kontaktu, k nim přistupuje negativněji než zdravotníci, kteří se o ně starají méně často. V závěru autoři uvádějí, že poskytovat péči těmto pacientům v prostředí intenzivní péče, která bude podporovat nezávislost a bezpečí a předcházet vzniku delirantních stavů, je velmi náročné. Nedostatek standardizovaných protokolů a guidelines pro tento druh péče značně komplikuje ošetrovatelský management.

Studie Özdemira a Karabuluta (2010, s. 119-128) měla za cíl identifikovat vliv vzdělávacího programu na postupy sester u neklidných pacientů a dokumentovat změny v praxi po ukončení výcviku. Do výzkumu bylo zařazeno 18 sester pracujících na koronární intenzivní jednotce. Dvoudenní program zahrnoval péči o 40 rozrušených pacientů. Nejdůležitější proměnnou v této studii byly zkušenosti sester s rozrušenými pacienty. Před započítím programu byly pozorovány tyto oblasti péče - využívání fyzických omezovacích prostředků a nástrojů pro hodnocení bolesti, posouzení léků jako příčin rozrušení pacienta, pravidelné polohování pacienta, komunikace a praktiky uklidňující pacienta. Po skončení studie, žádná ze sester neužila fyzických omezovacích prostředků, přičemž během programu byly fyzické omezovací prostředky použity v 17 ze

40 modelových případů. Sestry se dále naučily, že díky pravidelnému polohování pacientů, lze lépe předcházet vzniku konfliktních situací. Tato studie prokázala, že se sestry před absolvováním vzdělávacího programu uchýlovaly k používání fyzických omezovacích prostředků i bez indikace lékaře, ačkoli toto rozhodnutí není v jejich kompetenci. Dalším pozoruhodným závěrem dle autorů je fakt, že sestry, které použily omezovací prostředky u 17 modelových situací, se vůbec nezajímaly o možné komplikace a nepátraly ani po souhlasu pacienta a lékaře. Udržování pohodlí pacienta pomocí polohování, byla nejvíce zanedbávaná aktivita při modelových situacích. Naopak v komunikování s pacientem si sestry vedly dobře.

Starší studie Park et al. (2004, s. 329-339) se zabývá nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami u pacientů s demencí hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. Sběr dat probíhal v letech 1996, 1997 a 1998 v komunitních nemocnicích na americkém Středozápadě. Celkem byla získána data od 597 pacientů s demencí. Nejčastější příčiny hospitalizace u těchto pacientů byly: hypertenze, srdeční arytmie, infekce močových cest, dehydratace a srdeční selhání. Nejčastěji stanovované ošetrovatelské diagnózy byly: neefektivní udržování zdraví, nedostatečné znalosti, riziko poranění, riziko infekce, bolest, zhoršená tělesná pohyblivost a deficit sebepečce. Diagnózy byly z angličtiny přeloženy pro lepší porozumění pomocí českého překladu ošetrovatelských diagnóz dle NANDA domén (NANDA International, 2010).

Studii zaměřenou na behaviorální a psychiatrické symptomy u pacientů s demencí přijatých do akutní péče zpracovali Sampson et al. (2014, s. 189-196). Poukazují na to, že demence je u starších osob přijatých na akutní lůžka v nemocnici běžná nemoc a že existují obavy, zda je těmto lidem poskytována odpovídající péče. Výzkum probíhal ve dvou velkých londýnských nemocnicích a byli do něj zařazeni pacienti starší 70 let, kteří rozuměli anglicky, byli schopni podepsat informovaný souhlas a ve zkráceném Mini mental testu získali méně než 7 bodů z 10 (měřeno při příjmu). Účastníci studie byli pozorováni během prvních 72 hodin po přijetí. Při pozorování byla užita škála speciálně sestavená pro prospektivní studie behaviorálních symptomů u demence (obr. 2; Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease scale; Behave - AD). Škála zahrnuje sedm domén behaviorálních a psychiatrických symptomů: paranoidní bludy a myšlenky, halucinace, poruchy aktivity, agresivita, poruchy denního rytmu, afektivní poruchy, úzkosti a fobie. Skóre je vypočteno na základě přítomnosti či chybění symptomu (0/1) a dle závažnosti symptomu (0= žádné; 1= mírné; 2= středně závažné; 3= závažné). Nejvyšší možná hodnota je 75 bodů. Studie se zúčastnilo celkem 230 pacientů (117 pacientů z nemocnice 1 a 113 z nemocnice 2). Účastníky byly převážně ženy (66 %) ve věku 87 let. Nejčastějšími příčinami hospitalizace byly pneumonie, záněty močových cest, pády a zlomeniny a srdeční příhody. Ze zkoumaných behaviorálních a psychiatrických symptomů byly nejčastěji pozorovány agrese a poruchy aktivity. Naopak nejméně se vyskytovaly halucinace a paranoidní myšlenky. Více než třetina účastníků během hospitalizace projevovala poruchy spánku, depresi a úzkost. V závěrečné diskuzi autoři podotýkají, že kombinace neznámého a často hlučného prostředí s fyzickou nemocí a závislostí na personálu ohledně osobní péče, může zvyšovat výskyt behaviorálních

a psychiatrických symptomů. Doporučují lepší školení pro sestry pracující v akutní péči. Nejen zlepšit jejich informovanost o výskytu behaviorálních a psychiatrických symptomů u pacientů s demencí, ale i vyškolit je pro kontakt s agresivním pacientem.

Obr. 2: Ukázka Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease scale

(Zdroj: Dementia Collaborative Research Centers)

NAME: _____ ID#: _____ DATE: ____/____/____ PERIOD: _____

BEHAVIORAL PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE (BEHAVE-AD)^{1,2}

[BASED UPON INFORMATION OBTAINED FROM CAREGIVER AND OTHER INFORMANTS]

INFORMANT: _____ RELATIONSHIP TO PATIENT: _____

PART 1: Symptomatology

(In preceding 2 weeks unless otherwise specified below)

Assessment Interval: _____ weeks

Circle the highest applicable severity rating [0 to 3] for each item. Each category of symptomatology [A to G] is scored independently.

A. Paranoid and Delusional Ideation

(a delusion is a false conviction, not a misidentification)

1. "People are stealing things" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Delusion that people are hiding objects.
- (2) Delusion that people are coming into the home and hiding or stealing objects.
- (3) Talking and listening to people coming into the home.

2. "One's house is not one's home" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that the place in which one is residing is not one's home (e.g., packing to go home, complaints while at home of "take me home").
- (2) Attempt to leave domiciliary to go home.
- (3) Violence in response to attempts to forcibly restrict exit.

3. "Spouse (or other caregiver) is an imposter" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse (or other caregiver) is an imposter.
- (2) Anger towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.
- (3) Violence towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.

4. Delusion of abandonment (e.g.: to an institution).

- (0) Not present.
- (1) Suspicion of caregiver plotting abandonment or institutionalization (e.g., on the telephone).
- (2) Accusation of a conspiracy to abandon or institutionalize.
- (3) Accusation of impending or immediate desertion or institutionalization.

Empirická část

V následující části diplomové práce budou představeny cíle výzkumu a výzkumné otázky. Dále bude uvedena metodika výzkumného šetření, jeho průběh a charakteristika výzkumného souboru. Získané odpovědi budou rozpracovány do tematicky uspořádaných kategorií a subkategorií a v závěrečné diskuzi budou vyhodnoceny společně s výzkumnými cíli a otázkami.

4 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce:

1. Zmapovat úskalí v péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí na JIP.
2. Zjistit nejčastější problémy při komunikaci s pacienty s Alzheimerovou nemocí na JIP.
3. Zjistit, jak sestry zvládají péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí na JIP.

Výzkumné otázky:

1. Jak se liší péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí na JIP od ostatních pacientů?
2. Jak se postupuje při podávání informací pacientovi?
3. Jaké se podle sester vyskytují komunikační bariéry?
4. Jak sestry zvládají komunikaci s pacientem s demencí?
5. Jak sestry reagují při konfliktních situacích?
6. Jak se sestry staví k používání omezovacích prostředků?
7. Co si sestry myslí o možnosti odborného školení v této problematice?

5 Metodika

Pro zkoumání problematiky Alzheimerovy nemoci v souvislosti s pobytem nemocného na jednotce intenzivní péče byl zvolen kvalitativní výzkum a to formou rozhovorů. Záměrem práce nebylo plošně zkoumat postupy v nemocnicích při péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou, ale prozkoumat hlouběji profesní i osobní přístup zkušených zdravotnických pracovníků a vyvodit z něj poznatky, nedostatky i zajímavosti k danému tématu. Kvalitativní výzkum umožňuje danou problematiku prozkoumat v širším kontextu a postupně obohacovat o získané údaje. Pozornost je zaměřena na všeobecné sestry, které s nemocí reálně přicházejí, nebo dříve ve svém povolání přicházely do kontaktu.

Analýza kvalitativních dat spočívala v první fázi v přepisu rozhovorů. Následovalo kódování dat a vytvoření kategorií (kapitola 6). Vzhledem k velkému obsahu jednotlivých odpovědí byly zvoleny následně i příslušné subkategorie. Základních rozhovorových otázek bylo celkem 37 a byly strukturovány do 4 skupin – hospitalizace, komunikace, konfliktní situace a přístup sester. Jejich kompletní znění je uvedeno v příloze (Příloha č. 1).

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 zdravotních sester. Původně byl výzkum zaměřen pouze na zdravotníky mající zkušenosti z jednotek intenzivní péče a zároveň z oddělení gerontopsychiatrie. Na psychiatrické klinice VFN v Praze pracuje takto zkušených pracovníků 15, ovšem pouze 4 svolili k rozhovoru. Proto byla následně část respondentů vybrána z jiných klinik.

Při řešení problému s nedostatkem respondentů byla nakonec zvolena metoda „sněhové koule“. Díky osobním kontaktům se podařilo získat respondenty ze IV. Interní kliniky a Neurologické kliniky VFN v Praze. Na neurologické klinice VFN svolily k rozhovoru 3 sestry a na IV. Interní klinice VFN byly ochotné poskytnout rozhovor 2 sestry. Posledním respondentem byla všeobecná sestra z neurochirurgické intenzivní péče Nemocnice Na Homolce, toho času na mateřské dovolené. Všechny respondenty byly ženy různého věku, dosaženého vzdělání i délky praxe. Je tomu tak za účelem získání rozličnějších odpovědí a zmapování širšího záběru zkušeností s péčí o pacienty s Alzheimerovou nemocí. Všechny rozhovory proběhly s písemným svolením vrchních sester daných klinik i se svolením hlavní sestry VFN v Praze.

O krátký rozhovor byla také požádána specialistka na problematiku Alzheimerovy choroby z Gerontologického centra v Praze, neboť se s pacienty s demencí denně setkává a její postřehy jsou tak pro upřesnění výkladu této problematiky velkým přínosem. Navíc se mi díky tomuto kontaktu podařilo strávit jeden den v Gerontologickém centru, kde jsem získala mnoho nových a zajímavých informací. Personál se mě velice mile ujal, vše mi ukázal a provedl mě denní péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Všimla jsem si skvělé souhry personálu, komunikačních technik i celkového přístupu k nemocnému.

5.2 Průběh výzkumného šetření

V této kapitole bude popsáno, jak probíhaly jednotlivé rozhovory se všeobecnými sestrami. Všechny rozhovory byly se svolením dotazovaných nahrávány na diktafon a po té doslovně přepsány a dále zpracovány. Sběr dat probíhal v březnu a dubnu 2015. Pro zachování anonymity nejsou zveřejněna jména dotazovaných. Pro lepší přehlednost jsou respondentky označeny jako „sestra“ a seřazeny dle pořadí zpracování rozhovorů. Stručná charakteristika respondentek je uvedena v tabulce č. 3.

Tab. 3: Základní deskriptivní údaje

Respondenti	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe	Pracoviště	Délka rozhovoru (minuty)
Sestra 1	35	Vysokoškolské Mgr.	15 let	ARO, metabolická JIP	45
Sestra 2	42	Vysokoškolské Mgr.	22 let	ARO, neurologická JIP, metabolická JIP	50
Sestra 3	39	Vysokoškolské Mgr.	16 let	chirurgie, neurochirurgická JIP	34
Sestra 4	22	Vyšší odborné	2 roky	neurologická JIP	40
Sestra 5	26	Vyšší odborné	4 roky	neurologická JIP	40
Sestra 6	50	Vysokoškolské Mgr.	30 let	chirurgie, interna, ZZS, ORL ambulance, neurologická JIP	45
Sestra 7	37	Vyšší odborné + ARIP	15 let	ARO, chirurgie, gerontopsychiatrie	28
Sestra 8	53	Vysokoškolské Bc. + ARIP	32 let	metabolická JIP, psychiatrie	32
Sestra 9	29	Vyšší odborné + ARIP	5 let	chirurgická JIP, psychiatrie	35
Sestra 10	41	Středoškolské + ARIP	19 let	interní JIP, psychiatrie	30

Sestra 1

První rozhovor proběhl na metabolické intenzivní jednotce IV. Interní kliniky VFN v Praze. Dotyčná všeobecná sestra na tomto oddělení pracuje 5 let, dříve pracovala 10 let na ARO téže fakultní nemocnice. S pacienty s Alzheimerovou chorobou se setkávala dle svých slov poměrně často a to z důvodů dekompenzace jiných, často metabolických stavů, a výjimečně na základě pokusu o suicidium. Rozhovor trval 45 minut a probíhal přímo na oddělení JIP, v místnosti sester. Respondentka rozhovor dvakrát přerušila na necelých 10 minut z důvodů pracovních povinností.

Sestra 2

Druhý rozhovor na metabolické jednotce probíhal v místnosti sester po pracovní době dotazované všeobecné sestry. Dotyčná tak nebyla zdržována od svých pracovních povinností a rozhovoru věnovala 50 minut. S nemocnými s Alzheimerovou chorobou se nejčastěji setkávala během školní praxe na odděleních interního typu a LDN. Na neurologii

byli nemocní hospitalizováni z důvodů přidružených neurologických obtíží a na metabolické jednotce pro rozvrat vnitřního prostředí.

Sestra 3

Třetí rozhovor byl jako jediný pořizován mimo nemocniční prostředí. Dotyčná všeobecná sestra pracuje na neurochirurgické jednotce intenzivní péče v Nemocnici Na Homolce, ale v současné době je na mateřské dovolené. Na oddělení se s nemocnými s Alzheimerovou chorobou setkává zhruba 3-5x do roka, nejčastěji z důvodu krvácení do mozku. Celkem rozhovor trval 34 minut.

Sestra 4

Rozhovor s nejmladší účastnicí výzkumu probíhal na oddělení neurologické intenzivní péče VFN v Praze a trval 40 minut. Vzhledem k pracovní vytíženosti respondentky, byl rozhovor několikrát přerušen na několik krátkých minut. První polovina dotazování proběhla na chodbě v části pro návštěvy a druhá v místnosti pro sestry. Ačkoli má dotyčná pouze dva roky praxe, uvádí, že s pacienty trpící Alzheimerovou chorobou se setkává zhruba 2x do měsíce. Bývají hospitalizováni kvůli přidruženým onemocněním, jako jsou cévní mozková příhoda, epileptické záchvaty nebo jiné neurologické obtíže.

Sestra 5

Další rozhovor na neurologickém oddělení, trvající taktéž 40 minut, byl se všeobecnou sestrou, které je 26 let a má za sebou 4 roky praxe na tomto oddělení. Jednotka intenzivní péče na Neurologické klinice VFN v Praze je rozdělena na dvě oddělení - A a B. Tato všeobecná sestra více slouží na tzv. akutním oddělení, tedy oddělení A. Uvádí, že se s pacienty s různými typy demencí na oddělení setkává zhruba 2x do týdne. Příčinou hospitalizace bývá zhoršení stavu nebo zhoršení přidružených onemocnění.

Sestra 6

Poslední rozhovor na neurologii byl veden se „zkušenou“ všeobecnou sestrou, která je ve zdravotnictví již 30 let. Byl pořizen v pracovně staniční sestry a vzhledem k nízkému počtu pacientů na oddělení nebyl přerušován. Celkem trval necelých 45 minut. Na dotaz, jak často se sestra setkává s nemocnými s Alzheimerovou chorobou, odpověděla: *„Nejčastěji na interním oddělení a to pro přidružené choroby a častou polymorbiditu vzhledem k věku pacienta. Na neurologickém JIP jsme shodou okolností měli poslední dobou dva pacienty – muže v počátečním stadiu a ženu v pokročilém.“*

Sestra 7

První z rozhovorů na psychiatrické klinice VFN v Praze byl veden se sestrou, která prošla mnohými odděleními nejen v České republice, ale i v zahraničí. Rozhovor o délce 28 minut byl poskytnut v knihovně kliniky v době polední pauzy. Práci na psychiatrii dala tato všeobecná sestra přednost před „klasickými“ odděleními, neboť potřebovala, dle jejího vyjádření, „změnu prostředí“. Momentálně má směny střídavě na oddělení akutního

mužského příjmu a gerontopsychiatrii. Co se četnosti setkání s nemocnými s Alzheimerovou chorobou týče, uvedla následující: „*Když jsem pracovala na chirurgii, tak jsem se s těmito pacienty setkávala zhruba 5x do roka. Nyní na psychiatrii je to zhruba 2x do měsíce.*“.

Sestra 8

Osmý rozhovor byl také pořizován v knihovně kliniky v době, kdy dotazované sestře skončila ranní služba, a trval 32 minut. Respondentka uvádí, že nyní se s Alzheimerovou chorobou příliš nesetkává, je totiž na psychiatrické klinice pouze na částečný úvazek a to hlavně na oddělení ženského akutního neklidu. Na oddělení gerontopsychiatrie slouží jen párkrát do roka. Na předchozím pracovišti, kterým byla jednotka intenzivní péče metabolického zaměření, se s nimi setkávala alespoň jednou měsíčně.

Sestra 9

Rozhovor s touto sestrou byl pořízen přímo na oddělení gerontopsychiatrie v době poledního klidu a trval 35 minut. K vyrušení došlo pouze jednou, kdy byla odvolána signalizačním zařízením pacienta na několik minut. Uvedla, že právě zde, jsou nemocní s Alzheimerovou chorobou hospitalizováni pro poruchy paměti a chování. Na chirurgické JIP, kde pracuje na částečný úvazek, jsou pacienti nejčastěji z důvodu poúrazových stavů.

Sestra 10

Poslední rozhovor se uskutečnil v prostorách pracovny sester gerontopsychiatrického oddělení. Trval 30 minut a nebyl ničím narušen, neboť v případě pracovních povinností dotazovanou zastoupily krátkodobě kolegyně. Nejčastěji se zde setkává s případy deliria, které doprovází různé typy demencí.

6 Kategorizace výsledků

Pro zpracování výsledků, byly na základě kvalitativní analýzy dat stanoveny následující kategorie a subkategorie:

1. Odlišnosti v péči o pacienta s demencí na JIP
 - 1.1 Bolest
 - 1.2 Odpojování od UPV
 - 1.3 Medikace
 - 1.4 Prevence deliria
2. Právní úkony při hospitalizaci pacienta s demencí na JIP
3. Komunikace s pacientem s demencí na JIP
4. Řešení konfliktních situací u pacienta s demencí na JIP
 - 4.1 Vyvolávající příčiny
 - 4.2 Přístup sester
 - 4.3 Řešení konfliktních situací
 - 4.4 Řešení modelových situací
5. Celkový pohled všeobecných sester na péči o pacienta s demencí na JIP
 - 5.1 Celkové hodnocení péče
 - 5.2 Informovanost sester o problematice

Kategorie 1: Odlišnosti v péči o pacienta s demencí na JIP

Tato kategorie pojednává o rozdílnostech péče, kterou vyžadují nemocní s Alzheimerovou chorobou na jednotkách intenzivní péče. Nejprve budou zmíněna obecná stanoviska sester k nejčastějším problémům při péči a v následujících subkategoriích budou prodiskutovány jednotlivé problémové oblasti, které se mezi odpověďmi respondentek často opakovaly anebo byly ve formě polostrukurovaného rozhovoru nabídnuty.

Sestry byly dotázány, v čem spatřují **nejčastější problém v péči o nemocného s Alzheimerovou nemocí** na jednotce intenzivní péče a jaké zlepšení by v tomto směru navrhovaly.

Sestra 1: „Tato péče je celkově velice náročná. Pacient musí být pod neustálým dohledem, komunikace je mnohdy velmi obtížná. Často se musí přistupovat k jistým omezením pacienta. Myslím si, že někdy jsou situace až na hranici lidské důstojnosti pacienta, ale naštěstí osobní zkušenost nemám.“ **Můžete to trochu rozvést?** „Nechají ho třeba spoutaného v kurtech, odhaleného, když se třeba v neklidu odkope. Někdy i kurty řeší situaci, aby měly sestry klid a mohly si sedět na sesterně, i když pacient je neklidný, ale přeci u něho nebudou sedět a uklidňovat ho třeba verbálně.“ **Dalo by se v tomto směru něco zlepšit?** „Uvítala bych semináře o tom, jak s pacientem komunikovat, na co se u něj zaměřit.“

Sestra 2: „V nedostatku informací, nedostatku financí každé kliniky, nedostatku pomůcek. A v komunikaci s rodinou. Některá nekomunikuje vůbec, jiná zase přehnaně požaduje, co nejlepší péči. Čest výjimkám.“ **Dalo by se v tomto směru něco zlepšit?** „Finance ze svého postu zřejmě nezměním, takže mi zbývá asi trpělivost s těmito pacienty a jejich rodinou.“

Sestra 3: „V náročné komunikaci.“ **Dalo by se v tomto směru něco zlepšit?** „Základem je dle mého názoru proškolení personálu. A také umožnit častější přítomnost blízké osoby dementního pacienta.“

Sestra 4: „Na našem oddělení je podle mého názoru největší problém, že ho nemáme rozdělené na jednotlivé boxy. To znamená, že pacienti, většinou v počtu 4 až 5, se smíšenými diagnózami leží na jednom pokoji. Není to rozděleno ani podle pohlaví. Další problém je nedostatek zdravotních sester. U nás má sestra na starost i 5 pacientů. V tomto případě je ráda, že je obstará a nemůže se plně věnovat pouze jednomu pacientovi. A to právě třeba tomu s Alzheimerovou nemocí.“ **Dalo by se v tomto směru něco zlepšit?** „Těžko, klinika nemá dostatek financí na rekonstrukci a vybudování samostatných boxů pro jednotlivé pacienty, ani na zaplacení více sester.“

Sestra 5: „Neklid, autoextrakce invazí, neochota lékařů pacienty tlumit léky, nutnost kurtace pacientů, přehozený biorytmus, nedostatek kvalitních pomůcek, nevhodná lůžka a matrace. Jistě by se toho našlo víc, ale toto považuji za nejdůležitější.“ **Dalo by se v tomto směru něco zlepšit?** „Dostatek personálu! Dále zajistit dostatek pomůcek, omezit

invaze jen na ty nejnnutnější a upravit farmakoterapii. Upravit jí tak aby pacient nebyl úzkostný, neklidný ale ani somnolentní.“

Sestra 6: *„V bezpečnosti pacienta a okolí.“ Dalo by se v tomto směru něco zlepšit? „Více ošetřujícího personálu a proškolení.“*

Sestra 7: *„Pacientova zapomětivost, špatná komunikace, ale někdy i problémy s rodinou.“ Dalo by se v tomto směru něco zlepšit? „Určitě zlepšit komunikaci a třeba i více sester na oddělení, jelikož pro samé papíry nemám čas si s pacienty povídat.“*

Sestra 8: *„Nemocný je zmatený, komunikace složitější, může být i agrese. Nemocný hledá, zapomíná, může se cítit ztracený a opuštěný. Prostě je to celkově složité.“ Dalo by se v tomto směru něco zlepšit? „Asi ano, v každém zařízení je vždy něco ke zlepšování. Z osobního hlediska mě napadá dopomoc, podpora, rozhovory, ještě určitě vstřícnost a trpělivost. Je to prostě v přístupu. Kdyby nás bylo na oddělení víc, tak se pacientovi hnedka věnuje snáz.“*

Sestra 9: *„No tihle pacienti hlavně nespolupracují, kolikrát jsou i agresivní. Přijde mi, že personál je celkově frustrovaný a to ty problémy akorát podpoří.“ Dalo by se v tomto směru něco zlepšit? „Zajistit více sester na méně pacientů s demencí. Myslím si, že ani supervize nejsou od věci. Ale ty se dělají málokde. Chyba no.“*

Sestra 10: *„Zamyslím se. Asi obtížná komunikace a neschopnost nemocného vyjádřit potřeby. Co mě teď tak napadlo.“ Dalo by se v tomto směru něco zlepšit? „Ano, vyřešit to. Ale to není tak jednoduchý, proto v tom vidím ten problém.“*

Tato otázka nebyla nijak blíže specifikována a každá z respondentek ji pojala z jiného úhlu. Většina jich vyjmenovala problémy, které přímo souvisí s pacientovou nemocí. Nejvíce se vyskytovaly názory ohledně špatné komunikace a nespolupráce pacienta. Pouze čtyři sestry pojaly problematiku z širšího hlediska a zmiňují nedostatek financí a z toho plynoucí nedostatek personálu i materiálu.

V otázce zaměřené na možnosti **zlepšení** se dotazované shodli hlavně na potřebě rozšíření řad personálu. Dále navrhují zlepšit komunikaci a věnovat se proškolení personálu.

Subkategorie 1.1: Bolest

Bolest u pacienta s demencí může vést ke zhoršení stavu, k vyvolání konfliktních situací a zapříčinit vznik deliria. Vzhledem k tomu, že pacient s demencí je málokdy schopný sám bolest vyjádřit, záleží na sestře, zda ji u pacienta zvládne vypořádat a správně vyhodnotit. Otázka v rozhovoru **„Jak hodnotíte bolest u pacienta s Alzheimerovou nemocí?“** měla za cíl zjistit, jak sestry osobně postupují při zjišťování tohoto subjektivního příznaku, případně jaké jsou zvyklosti na jejich pracovišti.

Sestra 1: *„Snažím se získat jeho subjektivní vyjádření. Popřípadě usuzuji z chování, z naměřených fyziologických funkcí apod.“*

Sestra 2: „Bolest u našich pacientů hodnotíme podle klasické vizuální analogové škály, kdy pacient sám určuje intenzitu bolesti na číselné stupnici od 0 až po 10. V případě, že sám zhodnocení není schopný, hodnotíme bolest podle neverbální komunikace u pacienta – grimasy, sténání. K tomu používáme škálu FLACC, která slouží i pro analgosedované a tlumené pacienty.“

Sestra 3: „Podle verbální komunikace s klientem. Eventuálně z pozorování rodinných příslušníků. Dále taky ze somatických projevů jako jsou tachykardie, zvýšený krevní tlak, neklid, nařikání. Popřípadě podle Vizuální analogové škály se ‚smajlíky‘, pokud je klient schopen.“

Sestra 4: „My používáme k hodnocení bolesti u pacientů pouze dvě hodnotící škály. Jednak škálu VAS anebo FLACC s bodováním od 0 do 10. Pokud je pacient schopen se vyjádřit, jedná se o škálu VAS. Pokud je ovšem pacient na plicní ventilaci nebo je jeho stav soporózní, používáme škálu FLACC.“

Sestra 5: „Dle vědomí buď vizuální analogovou škálu nebo FLACC.“

Sestra 6: „Používám škály VAS, FLACC a pak dle pozorování pacienta.“

Sestra 7: „Stejně jako u ostatních pacientů. Bolest cítí všichni stejně, je to individuální. Kladu na to stejný důraz jako u ‚nealzheimerovského‘ pacienta.“

Sestra 8: „Pozoruji ho. Zeptám se vždycky, ať už následuje odpověď jakákoli. U těch pozdějších stádií sleduju zvukové projevy, grimasy. Většinou je bolí skoro vždy něco.“

Sestra 9: „Stejně jako u ostatních pacientů.“

Sestra 10: „Dost obtížně. Dotazuji se, sleduji ho, poslouchám, jestli nevydává bolestné steny a tak podobně.“

Dotazované se shodly, že nejlépe se bolest u pacienta s demencí rozezná sledováním. Zaměřují se na verbální i neverbální projevy. Některé zmínily i sledování fyziologických funkcí. Z metod využívajících škálové hodnocení byly zmíněny pouze Vizuální analogová škála a FLACC¹ (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale) s jinými speciálními škálami pro hodnocení bolesti u pacientů s demencí všeobecné sestry nepracovaly a ani o jejich existenci nevěděly.

Subkategorie 1.2: Odpojování od UPV

Umělá plicní ventilace patří na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče k poměrně častým úkonům. Při jejím napojení jsou pacienti obvykle tlumeni medikamenty. Lépe tak metodu snáší a nevytahují si například endotracheální rourku. Problém nastává při odpojování pacienta od UPV, kdy se vyžaduje

¹ „Škála zahrnuje pět položek: dýchání, bolestivá vokalizace, výraz obličeje, řeč těla a utěšování. Hodnotí se pokrčení čela, sevření očí, bolestivé stažení kolem úst, hlasový projev a postavení horních i dolních končetin.“ (Pokorná, 2013, s. 119)

jeho spolupráce a dodržování režimu. Proto byla jedna z dalších rozhovorových otázek mířena právě na **postup při odpojování nemocných s demencí od UPV**.

Sestra 1: „*Toto je pro personál psychicky velmi náročný úkon. Stále pacientovi vše opakujeme, někdy je nutná i imobilizace omezením pacienta.*“

Sestra 2: „*Snažíme se nedělat rozdíly mezi pacienty. Ke všem přistupujeme stejně, svědomitě a s nejlepší vůlí. Komunikujeme, vysvětlujeme, ukazujeme a to stále dokola dokud se nezadaří.*“

Sestra 3: „*Je to založeno hlavně na komunikaci a edukaci. Preferujeme přítomnost blízké osoby.*“

Sestra 4: „*Pro nás sestry je to práce jako s každým jiným ‚složitým‘ pacientem, který je u nás hospitalizovaný a čeká ho odpojení od ventilace. Ovšem to prvotní a základní sdělení, které hodně ovlivňuje psychiku pacienta, je na lékaři.*“

Sestra 5: „*Snažím se mu vše vysvětlit. Dle potřeby opakuji, co se bude dít. Jde o individuální přístup.*“

Sestra 6: „*Především pacienta pozorujeme. Sledujeme fyziologické funkce, stav vědomí a chování. S každým pacientem se snažíme komunikovat a to i tehdy, pokud se nám zdá nekontaktní.*“

Sestra 7: „*Pomaleji. Je to těžké vysvětlit. Pacient s Alzheimerem je skoro jako zmatený pacient. Stojí to hlavně na srozumitelné komunikaci.*“

Sestra 8: „*Je docela fajn k tomu přistoupit, když je přítomen někdo z rodiny. Ten pacient je pak klidnější. Hlavně všechno jednoduše vysvětlit. Musí se na ně pomalu, s rozvahou.*“

Sestra 9: „*Povídat a povídat. Ale nezahltit informacemi. S rozvahou volit slova, usmívat se, mluvit pomalu, pak to jde. Respektive já věřím, že to jde i bez toho, ale pro ten dobrý pocit a dobře provedenou práci se na to musí jít takhle.*“

Sestra 10: „*Já mám pocit, že moc rozdílně se od ostatních pacientů nepostupuje. Všechno vysvětlíte a pak hlavně pacienta nespouštíte z očí.*“

Respondentky se shodly, že vše se zakládá na správné komunikaci a vstřícném přístupu. Samotný postup se od ostatních pacientů neliší, ovšem u edukace se předpokládá, že bude podána pomalu, srozumitelně a v případě potřeby i opakovaně. To vše nejlépe za přítomnosti rodiny.

Subkategorie 1.3: Medikace

Pacienti s Alzheimerovou nemocí mají většinou pevně stanovenou léčbu a trvale užívají léky. Během hospitalizace jsou pacientovi připsána další léčiva, která řeší jeho momentální diagnózu, případně další doplňková léčba jakou je například prevence deliria nebo léčba bolesti. Ne vždy je však možné podávat všechny léky najednou. Záměrem této

části rozhovoru bylo zjistit, jak se přistupuje ke chronické medikaci u pacientů na JIP a zda se dotyčné sestry setkali s lékovou interakcí u pacientů s Alzheimerovou chorobou během hospitalizace na JIP, způsobenou právě polypragmazií.

Žádná z dotázaných neměla během své nemocniční praxe **zkušenost s lékovou interakcí** u nemocného s Alzheimerovou chorobou. Anebo si situaci jako lékovou interakci nevyložila.

Podobně se shodli u **podávání chronické medikace** a tedy tak, že se případně upraví, ale vždy se podává.

Sestra 1: „Pokud to umožňuje stav pacienta, tak se veškerá medikace podává. Většinou se konzultuje i s psychiatrem. Eventuálně pokud je to možné, podávají se léky intravenózně.“

Sestra 4: „Veškerá medikace je posouzena lékařem, který konzultuje chronickou medikaci s rodinnými příslušníky. Pokud je pacient zvyklý dodržovat své časové intervaly při podávání medikací, respektujeme to.“

Sestra 7: „Pokud není kontraindikována, tak se podává nadále. Sondou, per os, nebo intravenózně, pokud to jde.“

Tyto otázky byly zařazeny pouze z informativního hlediska, za účelem zjistit, zda se sestry nesetkaly s nějakou výjimečnou situací. Stejně otázky byly pro objektivnost položeny i lékařce specializující se na pacienty s demencí. Její odpovědi budou uvedeny v kapitole 6.1.

Subkategorie 1.4: Prevence deliria

Delirium je nepříjemná komplikace hospitalizace. Pacienti s demencí jsou k jeho vzniku velmi náchylní. Zapříčinit ho může spousta faktorů, jakými jsou například bolest, dehydratace a vliv prostředí. Sestry byly dotázány, zda **na jejich pracovišti dbají na prevenci výskytu deliria a případně jak**.

Sestra 1: „Preventivně lékař ordinuje neuroleptika podávaná kontinuálně intravenózně. Také se snažíme hodně spolupracovat s psychiatrem.“

Sestra 2: „Ano, rozhodně dbáme. Snažíme se zabránit okolním vlivům, které by mohly náhle a bez zjevných příčin u pacientů vyvolat změnu jejich chování, narušit režim nebo pozornost. Dodržujeme denní režim a noční klid na oddělení, televize jede pouze na střední hlasitost, dbáme na zachování soukromí a intimity pacienta a podobně.“

Sestra 3: „Ano, důsledným podáváním pacientovi medikace. Eventuálně podáním medikace ordinované z psychiatrického konzilia.“

Sestra 4: „Spíše je kladen důraz na prevenci nozokomiálních nákaz, prevenci dekubitů a pádů.“

Sestra 5: „Pouze preventivním podáváním léků.“

Sestra 6: „Na prevenci deliria dbáme u každého pacienta, nejen u toho s Alzheimerem.“ **Jak?** No hlavně podáváme antipsychotika.“

Sestra 7: „Na psychiatrii určitě, objevuje se hlavně v nočních hodinách. Na chirurgii to bylo dle sloužícího lékaře. Většinou se podávaly léky.“

Sestra 8: Ano, stará se o to lékař. Základem je infuzní terapie, psychiatrická medikace, sedativa na zklidnění a hydratace.“

Sestra 9: „Pacient je pod větším dohledem.“

Sestra 10: „Dbáme. Pravidelně podáváme psychiatrickou medikaci a dohlížíme na pacientovu hydrataci.“

Až na výjimky sestry na všech pracovištích dbají na prevenci výskytu deliria. Prevence spočívá hlavně v podávání antipsychotické medikace. Některé zmínily i potřebu dostatečné hydratace a dodržování denního režimu.

Kategorie 2: Právní úkony při hospitalizaci pacienta s demencí na JIP

Každá hospitalizace vyžaduje podpis dokumentu o souhlasu, tzv. souhlas s hospitalizací a v případě jakýchkoliv dalších intervencí podpis individuálního informovaného souhlasu s výkonem. Pacient s demencí toho však ne vždy může být schopen. Pro řešení těchto situací jsou většinou vydány nemocniční standardy. Tato kategorie otázek byla zařazena pro zjištění postupů a osobního přístupu při podepisování těchto právních dokumentů. Otázka zněla: „**Jak postupujete při podepisování informovaného souhlasu takto nemocnou osobou?**“

Sestra 1: „Pokud pacient nebyl zbaven svéprávnosti, nesetkala jsem se s tím, že by souhlas nepodepsal.“ **A v případě zbavení svéprávnosti?** „S touto situací jsem se nesetkala.“

Sestra 2: „S těmito pacienty záleží především na jejich celkovém zdravotním stavu, stádiu nemoci a rozpoložení, ve kterém jsou přijati na naše oddělení. Při jakémkoli příjmu pacienta velice ovlivňuje osobní kontakt, komunikace – verbální i neverbální a celkové prostředí. Proto se snažíme být k pacientům vlní a vstřícní, co se jejich potřeb týče. Pacientovi vše vysvětlíme a dáme dokument podepsat.“ **A v případě zbavení svéprávnosti?** „Pokud je tento pacient zbaven svéprávnosti, pak by měl mít ustanovenou osobu, která za něj tuto pravomoc přebírá. Ta pak podepisuje informovaný souhlas a podobné záležitosti během hospitalizace.“

Sestra 3: „Pokud není zbaven svéprávnosti, tak po předchozí edukaci ho podepisuje sám.“ **A v případě zbavení svéprávnosti?** „To se posílá soudu, ten to vyřeší.“

Sestra 4: „Podle celkového zdravotního stavu pacienta. Pokud stav pacienta je již nevyhovující a pacient není schopen podpisu, lékař se domlouvá s rodinou. Případně je pacient hospitalizován v rámci detenčního řízení.“

Sestra 5: „Záleží na stavu vědomí, orientaci a tak dále. Spíše odesíláme na soud detenční řízení.“

Sestra 6: „Detenční řízení s oznámením soudu do 24 hodin. Vzhledem k charakteru JIP pacient obvykle není schopen podepsat informovaný souhlas.“

Sestra 7: „Podle ordinace lékaře. Nejdříve je pacientovi vše v klidu vysvětleno a zopakováno.“ **A v případě zbavení svéprávnosti?** „Soudem určený opatrovník.“

Sestra 8: „Pacient je většinou dezorientovaný a zapomíná, takže buď je to nedobrovolná hospitalizace a hlásíme to soudu anebo to podepíše zástupce rodiny, pokud je přítomný.“

Sestra 9: „Tohle by měli správně řešit lékaři, ale předávají to nám sestráh. Trpělivě to pacientovy vysvětluju a očekávám ‚muří nohu‘.“ **A v případě zbavení svéprávnosti?** „No většinou je u těchto nemocných stanovený opatrovník. Jinak to dáváme na soud.“

Sestra 10: „Dementní pacient bývá zpravidla hospitalizován nedobrovolně, protože není v jeho silách to pochopit. Jako většinou se ho stejně snažíme vybídnout k nějakému alespoň náznaku podpisu, ale většinou to skončí v rukou opatrovníka. Jako myslím, aby tam byli podepsaní oba, ne že stejně nutíme pacienta podepsat i když nerozumí.“

Tato otázka byla z velké většiny pochopena pouze jako administrativní úkon. Respondentky tedy shodně odpověděly, že podepisuje sám pacient a pokud toho není schopen je kontaktován zákonem stanovený opatrovník nebo se uskuteční tzv. detenční řízení, kdy se nedobrovolná hospitalizace oznámí soudu a ten pacientovi opatrovníka určí. Pouze čtyři všeobecné sestry zmínily, že se pacientovi snaží okolnosti hospitalizace přiblížit a vysvětlit.

Další otázka vztahující se k této kategorii zněla: „**Informujete pacienta s Alzheimerovou nemocí o jeho diagnóze?**“. Ačkoli to nebylo původně zamýšleno, vyzněla tato otázka dvojsmyslně. Původním záměrem bylo zjistit, zda je pacientovi i přes jeho stupeň demence řádně sdělena diagnóza, neboť na to má právo jako každý jiný pacient. Ovšem vzhledem k tomu, že byla otázka položena sestráh, vznikly tak dvě skupiny odpovědí. Celkem 4 sestry odpověděly jednoznačně, že informace podávají a některé odpověděly shodně jako **sestra 6:** „Pokud je pacient kontaktní, tak informace podává lékař s ohledem na zachovalou schopnost kognitivních funkcí.“ **Sestra 5** navíc uvedla, že se lékař většinou radí s rodinou. Správně by tedy diagnóza měla být sdělována lékařem. Z odpovědí sester však lze spíše vyvodit, že s pacientem komunikují, než že jednají mimo své kompetence.

Další právní dokument vztahující se k průběhu hospitalizace nemocného jsou tzv. „dříve vyslovená přání“. Pacient je sepisuje za přítomnosti notáře a v době, kdy je ještě za svá rozhodnutí zodpovědný. Tato přání mohou mít značný vliv na řešení některých situací v průběhu hospitalizace, například v situaci, kdy se rozhoduje, zda u pacienta pokračovat

v léčbě. Všeobecné sestry byly dotázány, zda se na jejich pracovišti zjišťuje, **jestli pacient neuvedl svůj postoj k léčbě ve „dříve vyslovených přání“**.

Sestra 1: „*Lékaři to zjišťují, ale standard to není.*“

Sestra 2: „*U nás na oddělení po tom sestry nepátrají. Pokud je to pro pacienta důležité, hlásí to on nebo rodina hned při příjmu. Jinak zastávám názor, že je to informace důležitá pro ošetřujícího lékaře, který rozhoduje o správné léčbě pacienta.*“

Sestra 6: „*Pouze v rámci konverzace s pacientem a příbuznými. Ti většinou přání aktivně udávají.*“

Ostatní sestry odpověděly obdobně. Z odpovědí vyplývá, že všeobecné sestry nemají ve zvyku po „dříve vyslovených přání“ pátrat. Uvádějí, že záleží na ošetřujícím lékaři a na rodině nemocného, která tento dokument může sama zmínit.

Kategorie 3: Komunikace s pacientem s demencí na JIP

Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí je velice náročná. Vzhledem k narušení krátkodobé paměti není schopen udržet nové informace, je často dezorientovaný časem i místem. Při vyjadřování nenachází ta správná slova a sdělení doplňuje spoustou pomocných výrazů. V uspěchaném prostředí intenzivní péče se od sestry očekává, že zpomalí a vše pacientovi s dostatečnou trpělivostí vysvětlí. **Jaké problémy se objevují v komunikaci s pacientem a členem rodiny na JIP nejčastěji?**

Sestra 1: „*S problémy s rodinou nemám naštěstí zkušenosti. U pacientů je problém s jejich zhoršeným vnímáním a pamětí. Je nutné jim vše několikrát opakovat.*“

Sestra 2: „*Asi úplně nejčastější problém v komunikaci mezi pacientem a členem rodiny je dostatek informací, které ale jedna strana přeformuluje a dochází tak k nechtěným zmatkům a konfliktům.*“

Sestra 3: „*U pečujících jsem se s problémy nesetkala. U nemocných to bývá agrese, nepochopení a neklid.*“

Sestra 4: „*Nejčastěji se setkáváme s problémem, kdy si nejbližší rodinný příslušník nepřeje, abychom sdělovali jakékoli informace o zdravotním stavu nebo následné péči pacientovi. Pacient si však přeje a má právo svůj stav znát. V tomto ohledu pak vznikají nejčastější dohady mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem.*“

Sestra 5: „*Úzkostné chování, na obou stranách.*“ **Můžete to blíže specifikovat?**
„*Pokud se rodina o nemocného zajímá, a to musím říct, že většinou se zajímá, tak vyžadují 100% péči. Pak vznikají ty konflikty, že oni vyčítají, že nebylo uděláno to a tamto. Ačkoli z našeho pohledu to uděláno být nemuselo. No a u pacienta je to ten problém, že špatně vnímá a komunikuje, takže je to hlavně o té bariéře, kterou je potřeba nějak trpělivě překonat.*“

Sestra 6: „Se členy rodiny obvykle ne, spíše jim musíme vysvětlovat projevy pacienta. S pacientem problémy v souvislosti se stupněm demence a momentálním stavem. Někdy je pacient naprosto zmatený, negativistický, jindy je ochotný ke spolupráci.“

Sestra 7: „U rodiny se stává, že nemoci moc nerozumí, nejsou dostatečně edukováni a vznikají z toho pak nepříjemné situace. Bojí se mít pacienta doma a starat se o něj. U pacienta jsou to ty klasické bariéry – jeho zapomětivost, snadná popudlivost a podobně.“

Sestra 8: „S nemocným je komunikace obtížná a s rodinou zase důležitá, protože mají často pocity viny. Je to těžký, někdy má ta rodina pocit, že selhala, že se o ně nedokáží postarat a jindy zase mají pocit, že my to neděláme dostatečně dobře. NO a pacienti...to je případ od případu. Teď jsme měli na JIPu pána, ročník 1932, rodina skvělá, pán velice sympatický, ale taky byly chvíle, kdy jsem mu dokola opakovala, kde vlastně je a podobné věci. To pak ten pán může být sebevíc úžasný, ale vy jste naprosto vyždímaní.“

Sestra 9: „Pečující jsou vždy přesvědčení, že se personál málo stará. Pacienti jsou zmatení, musí se jim pomoci s orientací, s vysvětlováním a tak.“

Sestra 10: *Pacient obtížně vyjadřuje své potřeby, je úzkostný. S rodinou jsem moc problémů nezažila, ale neříkám, že nejsou.*“

Z odpovědí vyplývá, že pokud vzniká nějaký komunikační problém ze strany rodiny, bývá to nejčastěji z rozdílných pohledů na poskytovanou péči. Komunikační problémy u pacientů se odvíjí od současného stadia demence. Všeobecné sestry sem řadí hlavně zmatenost, negativismus, výkyvy nálad a k tomu patřící potřeba neustálého opakování a vysvětlování.

Zvládnout komunikaci s pacientem s demencí vyžaduje notnou dávku **trpělivosti**, na čemž se všechny respondentky shodly. Všechny také uvedly, že pro vedení takto obtížné komunikace mají dostatek trpělivosti. Nicméně se vyjádřily ve stejném duchu jako **sestra 5:** „Snažím se, ale při třetí noční ve dvě ráno, když si vytáhne v pořadí čtvrtou sondu, trpělivost došla.“

Z odpovědí na otázku „**Spatřujete nějaká úskalí v komunikaci?**“ budou zmíněny pouze ty, které se odlišovaly. Ostatní respondentky uvedly, že úskalí buď nespatřují anebo nevědí.

Sestra 1: „Za ta úskalí považuji právě narušenou paměť. Oni si toho velice málo pamatují a z toho vyplývají nejčastější konflikty. Někdy se obtížně vyjadřují, hledají slova, jsou zpomalení v myšlení.“

Sestra 5: „Připadám si jako ohraná deska, vše neustále opakuji a vlastně bez efektu.“

Sestra 7: „Čím vyšší stadium, tím horší komunikace, ale vše se dá vyřešit. Naši lékaři s pacienty hovoří naprosto suprově a je to znát.“

Sestra 8: „Úskalí spatřuji ve frustraci personálu. Takhle náročná práce ve vás vyvolává pocit marné práce a rezignujete pak na nějaké snažení.“

Sestra 9: „Myslím, že se nemocní hodně podceňují. Zachází se s nimi infantilně, dětinsky.“

Sestra 10: „Ano, člověk má sklon hovořit s pacientem jako s dítětem a to je špatně.“

Sestry nejčastěji za úskalí považují sklon hovořit s nemocnými jako s dětmi a dále fakt, že náročnost celé péče včetně komunikace v nich vyvolává frustraci, pocit marné péče a chuť na vše rezignovat.

Pacienti na jednotkách intenzivní péče jsou často pod **sedativy** nebo je jejich schopnost komunikace mimo jiné omezena **intubací**. V obou případech sestry uvedly, že s pacientem komunikují i za těchto situací. Dále také shodně odpověděly, že pacientovi **popisují** vše, co se kolem něho děje. Vzhledem ke zhoršenému vnímání pacienta mnohdy slova nemusejí stačit, je proto možné využít nějaké pomůcky. „**Používáte ke komunikaci nějaké pomůcky?**“

Sestra 1: „Používám všechny pomůcky dostupné na oddělení – tabulku s abecedou, obrázky a papír s tužkou.“

Sestra 3: „Většinou ne. Komunikuji s klientem verbálně a snažím se mu názorně ukázat, co se bude dít, pokud udržuje oční kontakt.“

Sestra 4: „Ke komunikaci ne, komunikace probíhá verbálně jako u každého jiného pacienta. Ale dbáme více na bazální stimulaci, prevenci a muzikoterapie.“

Sestra 5: „Různé druhy tabulek s obrázky, čísla, písmenky, činnostmi. Nebo obyčejný papír a tužku.“

Sestra 7: „Ano, obrázky. No a taky komunikuji svými rukama a nohama.“

Sestra 8: „Papír a tužku. Ale většinou se snažíme, aby byl pacient co nejvíce v klidu a spal.“

Nejčastěji mají sestry (mimo klasickou verbální i neverbální komunikaci) zkušenost s používáním papíru a psacích potřeb anebo s komunikačními obrázky.

Kategorie 4: Řešení konfliktních situací u pacienta s demencí na JIP

Při hospitalizaci se pacient s demencí vyskytuje v neznámém prostředí, které je uspěchané a hlučné. Pacient je obklopen spoustou pro něj cizích lidí a zpravidla je upoután na lůžko. Všechny tyto faktory se podepisují na vzniku konfliktních situací, kdy zmatený pacient může ohrožovat sebe i své okolí. Otázky byly rozděleny do 4 subkategorií - vyvolávající příčiny, přístup sester, řešení konfliktních situací a modelové situace.

Subkategorie 4.1: Vyvolávající příčiny

Jak již bylo zmíněno výše, konfliktní situace vznikají vlivem působení mnoha okolních faktorů. Respondentkám byla položena následující otázka: „**Napadnou Vás nějaké typické podněty, které mohou vést ke vzniku konfliktních situací u nemocných s AN? Jaké například?**“

Sestra 1: „Napadá mě umělé světlo v noci, hluk pracoviště. Obzvláště v ranních hodinách.“

Sestra 2: „Momentálně mě napadne asi změna prostředí, nevhodné chování personálu nebo nevhodný spolupacient na pokoji.“

Sestra 3: „Spěch, nedostatek trpělivosti, křik, používání dlouhých souvětí při rozhovoru s klientem, používání lékařských termínů, hluk okolního prostředí. Jistě je jich víc, ale tyto mi přijdou asi nejčastější.“

Sestra 4: „Klasický nedostatek informací, rodinné vztahy, nepříjemnost a neempatičnost zdravotnického personálu vůči pacientovi. Okolní vlivy jako jsou větrání, brzké rozsvěcování na pokoji a jiné.“

Sestra 5: „Cokoli spojené s bolestí. I s únavou“

Sestra 6: „Strach pacienta, cizí prostředí, cizí osoby.“

Sestra 7: „Napadá mě zlost od sester.“

Sestra 8: „Hluk, zmatek, velké a rychlé změny, složité pokyny, příliš mnoho lidí najednou.“

Sestra 9: „Odmítání medikace, odmítání spolupráce.“ **To jsou spíše důsledky. Otázkou je myšleno, co právě vede ke vzniku těchto situací.** „Tak pacient je v novém prostředí, na posteli má zábrany, nikam nemůže. Do toho ještě zapomíná. To je potom hned to rozrušení.“

Sestra 10: „Například složité věty, neúcta, mnoho pokynů najednou.“

Z předešlých odpovědí vyplývá, že rizikových faktorů je mnoho. Faktory týkající se přímo pacienta jsou například bolest, strach anebo únava. Rizikovým může být i přístup personálu. Byla zmíněna zlost od sester, neempatičnost a nepříjemnost zdravotníků, zadávání složitých pokynů, užívání lékařských termínů, nedostatek trpělivosti aj. Největší podíl je však připisován nemocničnímu prostředí. Stále přítomný hluk a světlo, které je ke všemu umělé. Dále nešetrné větrání, přítomnost velkého počtu lidí, konfliktní spolupacient apod.

Podněty vedoucí ke vzniku konfliktních situací byly zmíněny a sestry si je plně uvědomují. Další otázka měla za cíl zjistit, zda **pátrají po spouštěcích konfliktní situace**, když jsou s nimi tak dobře obeznámené. Pouze 2 z 10 respondentek odpověděly, že nepátrají. Ostatní odpověděly, že se o to alespoň snaží, ale ne vždy jsou úspěšné.

Poslední otázka týkající se vyvolávajících příčin zněla: „**Snažíte se nějak upravit prostředí okolo pacienta s demencí na JIP, aby nedocházelo ke vzniku nežádoucích událostí (pády, snaha opouštět lůžko) a konfliktních situací? Jak? Myslíte, že je to na JIP možné?**“ a odpovědi byly následující:

Sestra 1: „*Nežádoucím událostem předcházíme hlavně zvednutými postranicemi. Snažíme se pacientovi dopřát co nejvíc klidu. V nejlepším případě i samostatný pokoj. Snažím se pacientům dopřát klidný spánek, takže hlídám, aby v noci byl co největší klid a ztlumené světlo.*“

Sestra 2: „*U většiny pacientů používáme postranice, které jsou u každého lůžka. Ale prostředků je jistě více.*“

Sestra 3: „*Pokud je sestra trpělivá, tak jde vše. Na místě je určitě zvýšený dohled, dobrá komunikace, omezení hluku prostředí, užívání postranic.*“

Sestra 4: „*Ano, klasické zabránění provádíme pomocí postranic, kterými je vybavené každé lůžko. Možností je mnoho, jen mít finance na nákup dalších pomůcek.*“

Sestra 5: „*Zvedáme postranice, používáme polohovací pomůcky a v krajní situaci i kurty.*“

Sestra 6: „*Zábrany a dohled. Někdy se bez fyzického a medikamentózního omezení bohužel neobejdeme.*“

Sestra 7: „*Určitě. Minimálně použitím zábran a podáním medikace.*“

Sestra 8: „*Na JIPu je většinou prostředí upraveno tak, aby nemocný byl v bezpečí. Prevence pádu probíhá klasicky, jako u každého jiného pacienta – zvednete postranice, napolohujete pacienta. Když je hodně neklidný, tak se mu podají sedativa. Zkusíte trochu zklidnit prostředí. Monitory a telefony sice nevypnete, ale můžete požádat kolegy, aby mluvili víc potichu. Taky odstraníte nebezpečné věci z dosahu pacienta.*“

Sestra 9: „*Používáme klasické postranice. Všecko samozřejmě řádně zapsané do dokumentace.*“

Sestra 10: „*Nežádoucí události, ty jsou jasné. Odebrat nebezpečné předměty a zabezpečit pacienta pomůckami proti pádu. A ty okolní už nejsou tak jednoduchý. Ten provoz je tak hektickej, že kdybych měla přemýšlet ještě o tom, jestli televize u pacienta na třetí posteli neruší toho na první posteli, tak bych se asi zbláznila.*“

Prevence pádu je u těchto pacientů velice důležitá. Nejen během večerního neklidu jsou totiž schopni vyvinout takovou tělesnou aktivitu, která může vést k jejich poranění, nejsou-li řádně chráněni a pozorováni. Všechny všeobecné sestry uvedly praxi s používáním postranic a polohováním pacienta, některé zmínily i podávání zklidňující medikace.

Subkategorie 4.2: Přístup sester

Práce na jednotkách intenzivní péče je sama o sobě velice náročná. Zvládat veškeré povinnosti a ještě řešit neklidného pacienta a případně vyhrocenou situaci obnáší velký nápor na psychiku sestry. Další otázka tak zněla, jako ony **osobně zvládají výskyt těchto situací.**

Sestra 1: „*Pokud ošetřuji více pacientů s touto diagnózou za sebou, tak špatně.*“

Sestra 2: „*Jako správná sestra.*“ **A to?** „*Empaticky, klidně a s rozvahou.*“

Sestra 3: „*Většinou v klidu za pomoci ostatního personálu.*“

Sestra 4: „*Snažím se ke všemu přistupovat s klidem a chladnou hlavou*“

Sestra 5: „*Snažím se, seč můžu.*“

Sestra 6: „*Upřímně, pokud mám v péči další pacienty a některé v těžkém stavu, někdy s vypětím všech sil, hlavně těch psychických.*“

Sestra 7: „*Zatím bez problémů.*“

Sestra 8: „*Myslím, že s klidem, trpělivostí a snad i rozvahou. Velkou oporou mi jsou kolegové.*“

Sestra 9: „*Obtížně, dost mě to vyčerpává a jak se říká ,nosím si to domů‘.*“

Sestra 10: „*Řekla bych, že to zatím zvládám bez újmy. Taky se mi osvědčila analýza problému. To mi pomůže se těm příčinám v budoucnu vyhnout.*“

Až na výjimku, všechny respondentky uvedly, že problémy zvládají nebo se o to alespoň snaží. Doporučují klid a rozvahu. Velký vliv má i denní směna, ve které pracují a ochota jejich kolegů s konfliktní situací pomoci.

Ačkoli si to pacienti s demencí neuvědomují a není v jejich moci to kontrolovat, jejich slovní i fyzické útoky, mohou být značně agresivní a zdravotníka, sic sebevětšího zkušeného profesionála, zdeptat. Respondentkám byla položena otázka, zda si **pacientovy výpady berou osobně nebo je vnímají s nadhledem.**

Sestra 1: „*Snažím se to vnímat tak, že za to nemohou.*“

Sestra 2: „*S nadhledem. I když často mi to nedá a zajímá mě, jestli jsem jediná sestra, která má s tímto pacientem nějaký incident.*“

Sestra 3: „*S nadhledem. Ta léta praxe mě již vyučila nic si nebrat příliš osobně.*“

Sestra 6: „*Osobně nikdy.*“

Sestra 7: „*S nadhledem. Jinak to nejde. To bych se zbláznila.*“

Sestra 8: „Snažím se je nebrat osobně. Na nadhledu pracuji celý život a doufám, že ještě budu.“

Sestra 9: „Často si to беру osobně. Dostává se mi to víc pod kůži než bych chtěla. A to si můžu dokola říkat, že za to nemohou.“

Až na jedinou výjimku, všechny respondentky uvedly, že si pacientovy útoky neberou osobně a snaží se to vnímat s nadhledem. Velký vliv na zvládání má jistě i častost péče dané sestry o náročné pacienty a frekvence výskytu těchto událostí.

Subkategorie 4.3: Řešení konfliktních situací

Při vzniku konfliktní situace je potřeba urychleně jednat. Pacienta je nutné uklidnit a zajistit, aby neublížil sobě ani nikomu v okolí. Pacienta lze uklidnit několika způsoby, proto byla sestrám uložena následující otázka: **„Přistupujete k omezovacím prostředkům ihned při výskytu problémů nebo volíte jiný postup? Případně jaké omezovací prostředky užíváte nejčastěji?“**.

Sestra 1: „Nejprve se snažíme zklidnit pacienta verbálně nebo úpravou prostředí. Případně podáváme léky. Omezovací prostředky volíme až nakonec. Užíváme kurty. Nejprve na horní končetiny, potom případně i na dolní.“

Sestra 2: „Vždy při výskytu problému voláme lékaře. Až ten rozhodne, jestli můžeme použít omezovací prostředky nebo jak budeme dále postupovat. Nejčastěji volíme uvázání rukou k postranici.“

Sestra 3: „Přistupujeme k nim až po vyčerpání jiných možností. Nejvíce jsem se setkala pouze s kurtováním rukou.“

Sestra 4: „Záleží na vážnosti situace. Nejčastěji užíváme postranice, úvazy na horní končetiny a kurty na horní i dolní končetiny.“

Sestra 5: „Léky jsou podány okamžitě, kurty později.“

Sestra 6: „Až po vyčerpání dalších možností. Začínáme léky, zábranami, úvazy horních končetin a jako poslední možnost jsou kurty.“

Sestra 7: „Většinou je to v tomto pořadí – vyjednávání, medikace, vyjednávání, kurty.“

Sestra 8: „Nejdříve se snažím s klientem promluvit a slovně ho zklidnit, domluvit se. Pokud to nejde, použijeme omezovací prostředky, kurty a zklidňující medikaci. Na psychiatrii se ještě mohou používat síťová lůžka.“

Sestra 9: „Přistupujeme k nim ihned. Hlavně k medikamentózní.“

Sestra 10: „Začínáme slovním zklidněním. Když to nezabere tak použijeme kurty. Anebo na gerontopsychiatrii síťové lůžko.“

Z odpovědí sester vyplývá, že bývá zvykem začít u neklidného pacienta slovní domluvou. Pokud je domluva neúspěšná, přistupuje se k podání medikace a v posledním případě k fyzickým omezovacím prostředkům. Nejčastěji byly zmíněny kurty k uvázání horních končetin.

Sestry byly dále dotázány, **co si o užívání omezovacích prostředků myslí ony samy.**

Sestra 1: „*Je to nutnost k ochraně pacienta. Mnohdy i personálu. Ale nezneužívám jich.*“

Sestra 2: „*Když není jiná možnost, pak není zbylí.*“

Sestra 3: „*Někdy jsou nezbytné, vždy se ale využívají až po vyčerpání jiných možností, jako třeba i umožnění kontaktu s rodinou. A na ordinaci lékaře. Vše je zaznamenáno v dekurzu pacienta.*“

Sestra 4: „*Co si myslím, je věc jedna. Věc druhá je ta, že někdy jsou omezovací prostředky opravdu nezbytně nutné a jiné řešení není.*“

Sestra 5: „*Považuji je za nutné.*“

Sestra 6: „*Někdy jsou nutné pro zachování bezpečnosti pacienta a okolí. Používání těchto prostředků má svá pravidla a ta je nutno dodržovat.*“

Sestra 7: „*Používáme, když je to potřeba. Pomáhá to při prevenci pádu.*“

Sestra 8: „*V určitých situacích mi připadají nezbytné, aby si nemocný neublížil. Sobě ani ostatním. Ale nesmějí se zneužívat.*“

Sestra 9: „*Jsou nutné, ale ne příliš etické.*“

Sestra 10: „*Souhlasím s nimi. V odůvodněných případech zajišťují pacientovi bezpečí. A kolikrát zajišťují to bezpečí i nám, personálu.*“

Osobní názory respondentek se vesměs shodují. Považují omezovací prostředky za opodstatněné a hlavně ochraňující pacienta i jeho okolí. Naznačili i možnost jejich zneužívání, kterou však odsuzují.

Pacient může být v případě potřeby zklidněn nejen fyzicky, ale zejména i medikamentózně. Na zkušenosti s medikací byla zaměřena další otázka: „**Používáte častěji u těchto pacientů ,zklidňující léky‘? Jaké? Ordinuje je vždy lékař, nebo máte nějaký standard?**“

Sestra 1: „*Podáváme neuroleptika intravenózně. Standard na to nemáme, je to vždy dle stavu pacienta. A ano z indikace lékaře.*“

Sestra 2: „*Rozhodně ordinuje lékař. Například Haloperidol.*“

Sestra 3: „Neřekla bych, že častěji. Pouze při výrazném neklidu a vždy na ordinaci lékaře. Podáváme Haloperidol, Tiapridal.“

Sestra 4: „Jakékoli léky podávané pacientům vždy ordinuje pouze lékař, který musí zvážit jeho hlavní diagnózu s přidruženými a podle toho určit správnou medikaci a dostatečnou dávku. Bez jeho rozhodnutí žádné léky nepodáváme.“ **A když podáváte, tak jaké nejčastěji?** „Asi Haloperidol.“

Sestra 5: „Ano častěji. Takový Tiapridal, Apaurin, Haloperidol a Dormicum. Vždy na ordinaci lékaře.“

Sestra 6: „Dle lékaře, nejčastěji podáváme injekčně Tiapridal.“

Sestra 7: „Ano, častěji. Vždy na ordinaci lékaře. Například Buronil nebo Haldol.“

Sestra 8: „Léky ordinuje lékař, vždy. Není mi známo, že by na tyto situace byl veden nějaký standard. Dokonce myslím, že to v tomhle případě ani aplikovat nejde, každý je svým způsobem jiný, individuální. Při neklidu pícháme Tiapridal nejčastěji.“

Sestra 9: „Jestli častěji nejsem schopna posoudit, ale vždy na ordinaci lékaře. Favoritem je Tiapridal.“

Sestra 10: „Vždycky dle ordinace lékaře. Dáváme Haloperidol a Tiapridal.“

Je samozřejmostí, že léky smí předepisovat pouze lékař. Tato otázka měla za cíl zjistit, zda se sestry během své praxe nesetkaly například s krizovým řešením nebo speciálním vnitřním předpisem, který by umožňoval podání léku sestrou z vlastní iniciativy. Nic takového se nepotvrdilo, všechny uvedly, že léky podávají pouze dle ordinace lékaře. Pacienti s Alzheimerovou chorobou na JIP vyžadují podávání zklidňujících léků častěji než ostatní pacienti. Mezi hlavní zástupce podávaných léčiv patří Haloperidol, Tiapridal a Apaurin.

Subkategorie 4.4: Řešení modelových situací

Sestrám byly nastíněny dvě modelové situace konfliktního jednání pacienta a následně vyzvány k popisu jejich řešení.

1) Pacient Vás nařkne, že jste mu ukradla peníze, jak budete postupovat?

Sestra 1: „Vysvětlím mu, že to není možné. Ukáži mu soupis věcí při příjmu. Informuji lékaře i rodinu.“

Sestra 2: „Pokud si nedá říct, tak tu situaci projednám s rodinou.“

Sestra 3: „Navážu s ním oční kontakt, klidně a v krátkých větách mu vysvětlím, kde má své osobní věci.“

Sestra 4: „Při příjmu jsou vždy sepsány veškeré cennosti pacienta a uloženy do trezoru. Pokud pacient podepíše, že si za cennosti ručí sám a na vlastní žádost si je

ponechává u sebe a pak není co řešit. “ Tato otázka byla míněna spíše na Vaši reakci, co byste dělala, kdyby k tomu došlo. „Aha. Vysvětlila bych mu, kde jsou jeho věci uloženy. Zapsala bych situaci do dokumentace. Je dobré vědět, že se už podobný incident vyskytl. “

Sestra 5: *„Pokusím se mu vysvětlit, že ne. Pokud na to trvá, stále tvrdím to samé. “*

Sestra 6: *„Informuji nadřízené a ošetřujícího lékaře. Snažím se ho uklidnit a vysvětlit mu, že se mýlí. “*

Sestra 7: *„Neberu to osobně, snažím se mu to vysvětlit. Máme důkaz, na papíře podpisy a tak, takže se mu to snažím vysvětlit. “*

Sestra 8: *„Nemocného se snažím zklidnit a peníze pokud je má, tak jsou u nás uloženy. Záleží situace od situace. “*

Sestra 9: *„Apaticky, nechám to ,vyšumět‘. “*

Sestra 10: *„Uklidním ho, že peníze má uložené v trezoru. “*

Tyto situace, kdy pacient pátrá po svých osobních věcech a osočí personál z krádeže, jsou poměrně běžné. Je to zapříčiněno poruchou krátkodobé paměti a také náhlou změnou prostředí, která pacienta uvede do ještě větší zmatenosti. Až na jeden ojedinělý případ se všechny dotázané k situaci postavily profesionálně. Započaly konflikt řešit komunikací, případně se dále odvolaly na rodinu či nadřízené.

2) Podáváte pacientovi léky a on si je vzít nechce, jak budete postupovat?

Sestra 1: *„Pokusím se na něj působit. Pokud stále odmítá, informuji lékaře a provedu záznam do dokumentace se stručným popisem, proč lék podán nebyl. “*

Sestra 2: *„Projednám to s lékařem. Bud' změni léky, nebo formu léku. “*

Sestra 3: *„Stejný postup jako u předchozí situace. Klidný přístup a komunikace. “*

Sestra 4: *„Vyzkouším domluvu, zklidnit pacienta verbálně. Pokud zklidnění nedosáhnu, přivolám ošetřujícího lékaře, který zhodnotí pacientův stav a způsob podání medikamentů. “*

Sestra 5: *„Zkusím to za chvíli, po té zavolám lékaři a dohodnu se s ním na dalším postupu. “*

Sestra 6: *„Přesvědčováním. Když to nezabere, informuji lékaře a většinou přejdeme k parenterálnímu podání. “*

Sestra 7: *„Léky rozdrtím, aby to byla pro pacienta, co nejpříjemnější forma. Zkusím mu domluvit. Když to nejde, tak se lékař rozhodne podat je třeba intra muskulárně. “*

Sestra 8: „*Pokusím se s ním promluvit, co ho k tomu vede, čím mu ty léky pomohou. Pokud si ty léky nevezme, tak informuju sloužícího lékaře a počkám, jak ten rozhodne.*“

Sestra 9: „*Vyzkouším to později, nechám mu trochu času. Většinou se mi to pod jinou záminkou podaří do něj dostat. Když ne, tak volám lékaři.*“

Sestra 10: „*Pokud nelze pacienta přesvědčit, kontaktuju sloužícího lékaře.*“

Dotázané všeobecné sestry postupují obdobně jako u předchozí situace – s pacientem se snaží komunikovat, pokud se situace nepodaří vyřešit, je kontaktován ošetřující lékař. Ze zkušenosti sestry uvedly, že lékař většinou změní způsob podání předepsaného léku na schůdnější variantu.

Kategorie 5: Celkový pohled všeobecných sester na péči o pacienta s demencí na JIP

Tato kategorie otázek je zaměřena více na osobní přístup k péči o pacienty s demencí, na názory respondentek ohledně celkového přístupu zdravotnických pracovníků k těmto nemocným a jejich kompetentnost v dané problematice.

V začátku rozhovoru byly všeobecné sestry dotázány, jak často se s nemocnými s Alzheimerovou chorobou setkávají. Frekvence setkání se u každé sestry lišila. Po zodpovězení všech otázek ohledně náročné hospitalizace nemocného, jsou dotázány, **zda jim péče o tyto pacienty vadí.**

Sestra 1: „*Pokud se jich na oddělení vyskytuje více nebo jsou hospitalizováni brzy po sobě, je to pro mne velmi psychicky náročné. Ale tu péči jim poskytnout samozřejmě musíme. Snažíme se s kolegyněmi prostrídat.*“

Sestra 2: „*To rozhodně ne.*“

Sestra 3: „*Většinou ne.*“

Sestra 4: „*Nevadí. Pro mě je to pacient jako každý jiný, o kterého se budu starat bez rozdílu.*“

Sestra 5: „*Jak kdy. Záleží na celkovém stavu pacienta, na mém osobním rozpoložení, na složení denní směny a podobných faktorech.*“

Sestra 6: „*Nevadí.*“

Sestra 7: „*Mě ne, já je mám ráda.*“

Sestra 8: „*Péče o lidi mi nevadí žádná.*“

Sestra 9: „*Ano.*“

Sestra 10: „*Ne.*“

Tato otázka byla položena až ke konci rozhovoru. Záměrně proto, že nejdříve sestry hovořily o všech problémech spojených s hospitalizací pacienta s demencí a až po té, co si veškerou náročnost této práce připomněly, se měly vyjádřit, zda je tato péče ve své podstatě obtěžuje. Opět až na jedinou výjimku všechny uvedly, že jim péče o pacienty s demencí nevadí. Některé ji však snášejí lépe, pokud jí nemusejí poskytovat příliš často.

S ohledem na veškerou náročnost této péče, byly sestry dotázány, **jak hodnotí svůj přístup k pacientům s demencí.**

Sestra 1: „Snažím se být empatická a vstřícná.“

Sestra 2: „Kladně.“

Sestra 3: „Kladně.“

Sestra 4: „Klidný a trpělivý. Snažím se o zpříjemnění pobytu pacienta na oddělení. Vycházím co nejvíce vstříc rodině a příbuzným pacienta.“

Sestra 5: „Neutrálně.“ **Jak to myslíte?** „Myslím, že se k nim chovám profesionálně, ale jistě nějaké mezery mám.“

Sestra 6: „Spíše jako mateřský.“

Sestra 7: „Je s nimi sranda. Někdy. A mají co naučit.“

Sestra 8: „Myslím, že dokáží s těmito pacienty zacházet slušně a s úctou. Být trpělivá, vstřícná, ochotná. Ale jsem samozřejmě zase jenom člověk.“

Sestra 9: „Já to nehodnotím, nijak se k nim nevztahuji.“

Sestra 10: „Můj přístup je klidný. Za to ten jejich je kolikrát velice vyčerpávající.“

Všeobecné sestry svůj přístup k pacientům s demencí hodnotí kladně. Některé zmínily potřebu empatie, trpělivosti a vstřícnosti.

Subkategorie 5.1: Celkové hodnocení péče

Všechny respondentky se shodly, že **péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou je náročnější než o standardní pacienty.**

Jak již bylo řečeno, ke zvládání péče o tyto nemocné je potřeba notná dávka trpělivosti. Ne každá sestra jí však disponuje. Proto byla sestrám položena otázka, zda si myslí, že **péči o tyto pacienty zvládá lépe „mladá sestra“ nebo zkušená „starší sestra“.**

Sestra 1: „Je to o lidské osobnosti. Mladá sestra může být drzá, nevlídná a tak dále a naopak. Stejně tak i u starší sestry.“

Sestra 2: „Myslím, že každá má své mouchy, ale starší zkušenější sestra je vždy výhodou.“ **Jaké „mouchy“ máte na mysli?** „No tak mladá sestra je sice plná elánu, ale

nemusí situaci umět dobře vyhodnotit. Starší zas pro změnu může být vyhořelá. Ačkoli, co si budeme povídat, ony i mladý sestry jsou vyhořelý poměrně brzy v dnešní době.“

Sestra 3: *„Nevidím ve věku rozdíl, jde o osobní přístup.“*

Sestra 4: *„Myslím si, že obě tyto sestry mají něco do sebe. Mladá sestra je ještě trpělivá, snaživá, s dostatkem energie. U starší sestry bych si cenila jejich zkušeností a poznatků z praxe.“*

Sestra 5: *„Myslím, že věk nehraje roli. Spíš starší sestra dokáže věci řešit s nadhledem.“*

Sestra 6: *„Záleží na konkrétní sestře, věk dle mého moc roli nehraje. V mém případě je přístup stále stejný.“*

Sestra 7: *„Já se to snažím zvládat, ale určitě je lepší stará sestra, zkušenější.“*

Sestra 8: *„Myslím, že na věku nezáleží, ale na přístupu ke klientům a autenticitě, kterou nemocní cítí. Upřímnost a přirozenost a určitá dávka pokory k životu.“*

Sestra 9: *„Zkušená sestra to podle mě zvládá lépe.“*

Sestra 10: *„To takhle nejde říct, jde spíš o osobnost sestry.“*

Dle respondentek věk v tomto ohledu nehraje roli, základem jsou povahové rysy daného zdravotníka. Pokud by si však měly vybrat, volily by „starší a zkušenou“ sestru.

Na otázku, zda **je potřeba zlepšovat přístup zdravotníků k těmto nemocným**, zaznělo při rozhovorech jednohlasně ano. Některé odpovědi byly podrobnější.

Sestra 5: *„Myslím si, že zde hraje roli spousta faktorů. Pokud bychom se mohli starat každá o jednoho pacienta s touto diagnózou a ne o 4 najednou, myslím, že by se přístup zlepšil. Ale vše je o člověku. Pokud se ta sestra chová nevhodně, tak je to v ní a ani deset věcí to nezmění. Je to hodně individuální. Je rozdíl mezi unavenou a vyčerpanou sestrou a mezi zlou sestrou, která by neměla pracovat s pacienty.“*

Sestra 6: *„Ano, vždy je co zlepšovat. Nicméně nemám pocit, že by byl náš přístup a priori špatný.“*

Sestra 7: *„Stále! V této době sestra dělá práci jen pro peníze a nebaví jí to. Sester, které to baví je málo a je to škoda. Já svoji práci miluji a štvu mě, že naše zdravotnictví je zkorumpované a nedocenené. Takže, aby se zlepšili zdravotníci, je třeba jim dát peníze a vzdělání zadarmo.“*

Sestra 8: *„Vždy je ve zdravotnictví co zlepšovat. Hlavně vzdělávání, které by bylo cílené a trefné.“*

Subkategorie 5.2: Informovanost sester o problematice

Vzhledem k navyšující se incidenci demence v populaci a tím i častějšímu výskytu těchto nemocných na odděleních intenzivní péče, by měl být kladen větší důraz na připravenost a vzdělanost zdravotnického personálu, který se o tyto pacienty stará.

„Prošla jste školením ohledně péče o pacienty s demencí, AN, nebo jinou podobnou diagnózou? Případně zjišťovala jste si o tom něco sama?“

Sestra 2: *„Na žádném školení jsem nebyla, veškeré informace čerpám ještě ze školních lavic.“*

Sestra 3: *„Žádné školení mi nabídnuto nebylo, ale informace jsem si aktivně vyhledala sama.“*

Sestra 6: *„Neprošla. Já sama se snažím získávat informace o každé nemoci, kterou mají naši pacienti.“*

Sestra 7: *„Neprošla, jen si sama čtu materiály. Práce na psychiatrii mě moc baví, tak si informace aktivně zjišťuji.“*

Všechny odpovědi byly záporné – ani jedna ze sester žádným speciálním školením neprošla a ani jí nebyla podobná možnost nabídnuta. Čtyři respondentky uvedly, že si informace aktivně vyhledávají samy, neboť je tato problematika zajímavá.

Vzhledem ke skutečnosti, že sestrám přicházejícím do kontaktu s těmito nemocnými žádné podobné vzdělávací programy nabídnuty nebyly, nabízí se otázka, zda je takovéto školení ohledně péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou na JIP potřebné.

Sestra 1: *„Určitě. Sama bych se ho chtěla zúčastnit.“*

Sestra 3: *„Ano, získané informace se dají použít u většiny dementních pacientů. A na těchto odděleních jich bývá hodně.“*

Sestra 4: *„Určitě, ale cíleně třeba jen pro jednotky intenzivní péče. Myslím, že na standardních odděleních si sestry vystačí s informacemi získaných ze studií a poznatky a zkušenostmi z praxe.“*

Sestra 6: *„Bezpochyby je, ostatně jako na každém oddělení, kde se s těmito pacienty můžeme potkat.“*

Všechny respondentky souhlasily s potřebou lepšího proškolení zdravotníků a vyjádřily zájem o tato specializovaná školení.

Na závěr byly respondentky vyzvány, zda chtějí něco dodat nebo připomenout.

Sestra 1: *„Uvítala bych semináře nebo školení, které by poskytly informace a návod, jak k těmto pacientům přistupovat, co může zlepšit jejich vnímání a spolupráci, co ji naopak zhoršuje a podobně.“*

Sestra 6: *„Myslím, že je dobře, že vznikne tato práce, je neustále třeba věnovat se i této problematice, teorii i průzkumům.“*

Sestra 7: *„Zlepšení v českém zdravotnictví je běh na dlouhou trať.“*

Sestra 9: *„Péče o tyto nemocné je patrně nejhorší, nejobtížnější a nejnevděčnější práce na světě.“*

6.1 Doplňující rozhovor

O doplňující rozhovor byla požádána lékařka specialista v problematice péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou z pražského Gerontologického centra. Denně přichází do kontaktu s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou a její poznatky a zkušenosti tak mohou být pro tuto práci velkým přínosem.

Jak postupujete při podepisování informovaného souhlasu u osob s demencí?

„Máme k dispozici formulář informovaného souhlasu, který pacient podepíše poté, co mu lékař vše řádně vysvětlí. Informovaný souhlas by se měl podepisovat do 24 hodin po přijetí, ale téměř ve 100 % ho provádíme bezprostředně u příjmu. Pokud je kognitivní porucha lehká a pacient je schopen všemu porozumět, podepisuje sám. Ale i tak téměř vždy za přítomnosti člena rodiny, který ho při příjmu doprovází. Má-li pacient stanoveného opatrovníka, podepisuje on. Je-li porucha vážná a je jasné, že pacient není schopen porozumět danému textu nebo ani našemu vysvětlení, ale svým chováním neprojevuje známky nesouhlasu s pobytem u nás, vypadá spokojeně, nechce odcházet - zapíšeme toto konstatování do informovaného souhlasu a souhlas v přítomnosti 2 členů personálu podepisuje rodinný příslušník doprovázející pacienta. Pokud má pacient poruchu vědomí, zahajujeme detenční řízení, to znamená hlášení soudu o hospitalizaci pacienta bez jeho vědomí. Pokud pacient s různým stupněm kognitivní poruchy nechce na našem oddělení zůstat a i po vstřícném, trpělivém vysvětlování, chce odcházet domů, nehospitalizujeme ho a předáváme do péče rodiny. To se ale stává velmi výjimečně, odhadem u nás tak maximálně 1x za rok. Nikoho nehospitalizujeme proti jeho vůli, nejsme uzavřené oddělení. U pacienta s poruchou motoriky, například po cévní mozkové příhodě nebo s těžkou artritidou, který je ale schopný textu v informovaném souhlasu porozumět a je schopný vyjádřit svou vůli, zapíšeme do souhlasu, že slovně souhlasí a zase se podepíše rodinný příslušník a 2 svědci z řad personálu. Totéž jedná-li se například o slepého pacienta. Obecně podepisování informovaného souhlasu u pacientů s demencí je velmi problematické a sporné. Určitě ani náš způsob není dokonalý. Konzultovali jsme to se dvěma právníky a zatím to provádíme takto.“

Zjišťujete na Vašem pracovišti, zda pacient (člen rodiny s oprávněním) neuvedl svůj postoj k léčbě ve „dříve vyslovených přáních“?

„Všem pacientům, respektive jejich rodinným příslušníkům dáváme při příjmu k vyplnění dotazník. Jeho vyplnění není samozřejmě povinné, ale údaje v něm nám pomáhají při péčování o pacienta s demencí. Veškeré informace jsou samozřejmě součástí zdravotní dokumentace a tak s nimi i pracujeme. Hned první otázka je, zda existuje písemné ustanovení vůle pacienta, které by obsahovalo některá přání ohledně léčby a péče. Další otázka je, jakou léčbu by si pacient přál nebo nepřál.“

Jak hodnotíte bolest u pacienta s Alzheimerovou nemocí?

„U každého pacienta, zejména u pacienta s demencí, cíleně pátráme po eventuální bolesti. Tato otázka je samozřejmě vždy pacientům kladená při lékařské vizitě. U pacienta s demencí, který není schopen nám bolest popsat, je pátrání složitější. Pátráme po

bolestivých reakcích při rehabilitaci, polohování, ošetřování, přebalování, jídle, po změnách grimas v obličeji ať už v souvislosti s nějakým pohybem, polohou nebo spontánně. Denně si sestry ve spolupráci s fyzioterapeutkou zapisují, jak eventuální bolest a její stupeň vyhodnotily na škále od 0 do 10. Informaci předávají lékaři. Někdy pacienti mohou reagovat neklidem, nespavostí, neochotou k rehabilitaci, agresivitou. V těchto případech přidáváme do medikace na základě našich zkušeností analgetika a ve velkém procentu případů uvedené příznaky ustupují.“

Dbáte na Vašem pracovišti na prevenci výskytu deliria u nemocného s AN? Jak?

„Delirium u pacienta s Alzheimerem může být prvním příznakem spousty onemocnění - nejčastěji se setkáváme například u zánětlivého onemocnění, infarktu, dekompenzované hypertenze, aj. Spíš než prevence bych řekla, že je důležité odhalit jeho vznik, nepodceňovat, nepodávat paušálně při každém stavu zmatenosti tlumivé léky. Je to akutní stav, vždy takového pacienta musí vyšetřit lékař, který rozhodne, co se bude dít. Je nutné co nejdříve zjistit a zahájit léčbu příčiny deliria. U náhle vzniklého stavu zmatenosti je samozřejmostí provedení standardních vyšetření včetně ekg. Poměrně často se setkáváme s tím, že stav zmatenosti může být jediným příznakem kardiálního onemocnění, zejména u seniorů diabetiků, kteří vůbec nemusí mít i při rozsáhlém infarktu bolesti na hrudi.“

Máte zkušenost s nějakou lékovou interakcí?

„U nás v centru máme obrovskou výhodu, že máme v týmu skvělou klinickou farmakoložku. Je přítomna každý týden na velkých vizitách, kde má pod drobnohledem veškerou medikaci všech našich pacientů a je nám k dispozici kdykoliv, když máme pochybnosti. Takže si dovolím říct, že hlavně díky ní omezujeme eventuální nežádoucí lékové interakce na minimum, některým se ale samozřejmě nevyhneme.

Poměrně často bohužel vidíme, že pokud v lékárně zaměňují preparát za jiný se stejnou účinnou látkou a pacienti, zejména s kognitivní poruchou, jsou zvyklí na ‚svoji krabičku‘, tak užívají zbytek nespotebtovaného balení a současně již balení nové pod jiným názvem, takže berou dvojnásobnou dávku. Není to výjimečné, že pacienti užívají například Aricept i Landex současně.

A pozor také na volně prodejné preparáty, často nás pacienti překvapují neobvyčejnými kombinacemi. Někdy můžou být interakce závažné, např. preparáty z třezalky tečkované spolu s antidepresivy jako je citalopram.

A ještě v poslední době stále častěji vidíme, že u pacientů s demencí, u kterých byl v minulosti nasazen donepezil a choroba progreduje, v určité fázi je profit léčby nižší než nežádoucí účinky. Pacienti již z léčby neprofitují, ale jsou často nespokojení, neklidní, nespí. Současně s tím dostávají spoustu tlumivých léků na potlačení psychomotorického neklidu a na nespavost. Často po vysazení donepezilu se výrazně sníží potřeba tlumení a pacient se zklidní. Donepezil pak vyměňujeme za memantin, pokud ten už pacient neužíval v kombinaci.“

Jak postupujete při výskytu konfliktních situací u pacientů s demencí?

„Na našem oddělení omezovací prostředky nepoužíváme, kurty jsem tu v životě neviděla, ani nevím, zda je vůbec máme. Vždy se snažíme důvod používání tlumení a eventuálního omezení eliminovat, s pacienty pracovat, vše řešit trpělivým, vstřícným, profesionálním přístupem, pátrat po příčinách dyskomfortu - například bolesti. Základ je v perfektně proškoleném středním zdravotním personálu, který pacienta zná, všímá si ho, je stále s ním, dokáže vyhodnotit změnu stavu a správně reagovat. Otázkou je používání postranic u postelí, které někdy používáme, vždy po souhlasu s pacientem nebo rodinou. V tomto případě se ale nejedná o omezení pacienta, ale o jeho bezpečnost. Není tím v ničem omezen, používají se například během spánku.“

7 Diskuze

Diplomová práce se zabývala problematikou ošetřování pacientů s Alzheimerovou nemocí na jednotkách intenzivní péče. Těchto nemocných stále přibývá a péče o ně v tak náročném prostředí, jakým intenzivní péče je, není snadná. Péče je obtížná hlavně z hlediska nároků na psychiku pečujícího a časové náročnosti. Většina studií a vysokoškolských prací na téma Alzheimerova choroba byla zaměřena spíše na komunitní péči (pacienti v domovech důchodců nebo na standardních odděleních) nebo na rodinu a pečovatele nemocných s demencí. Přehled zahraničních studií věnovaných tématu pacient s demencí zmiňuji v kapitole 3.

Pomocí kvalitativního výzkumu jsem se snažila prozkoumat blíže spojení intenzivní péče a pacient s Alzheimerovou nemocí, nebo obecněji demencí. Snažila jsem se vystihnout všechny aspekty specifické pro intenzivní péči, které v interakci s pacientem s demencí mohou být během hospitalizace, mnohem více náročné.

Původními respondenty měly být všeobecné sestry s praxí na odděleních anesteziologie a resuscitace nebo jednotkách intenzivní péče a zároveň se zkušenostmi z psychiatrie, nejlépe gerontopsychiatrie. Oslovila jsem Psychiatrickou kliniku VFN v Praze, kde podle informací vrchní sestry bylo takovýchto respondentů 15. Bohužel vzhledem k všeobecné neochotě zdravotníků podílet se na výzkumu, svolili k rozhovoru pouze 4 respondenti. Takto nízký počet respondentů je pro kvalitativní výzkum nemyslitelný, proto byly dotázány všeobecné sestry i z jiných klinik. Díky prvním rozhovorům jsem následně získala kontakty na další 2 respondenty z metabolické intenzivní péče IV. Interní kliniky VFN v Praze a 3 respondenty pracující na jednotce intenzivní péče Neurologické kliniky téže nemocnice. Poslední sestra, která svolila k rozhovoru, pracuje na neurochirurgické intenzivní jednotce Nemocnice Na Homolce. Respondentky byly různého věku i délky praxe. Tyto rozdílnosti mi pomohly problematiku prozkoumat z různých úhlů pohledu – očima mladé, „začínající sestry“ a stejně tak z pohledu „služebně starších sester“, které mají právě možnost hodnotit své dlouholeté zkušenosti. Vzhledem k medicínskému zaměření některých otázek jsem požádala o doplňující rozhovor lékařku z Gerontologického centra v Praze, která mi vzhledem ke své praxi některé oblasti a úskalí péče o pacienty s demencí odborněji přiblížila.

Rozhovory probíhaly až na jedinou výjimku (rozhovor v domácnosti) v nemocnicích ve volných chvílích dotazovaných sester. Mimo obecných deskriptivních otázek měl polostrukturovaný rozhovor 37 základních otázek rozdělených do 4 skupin – hospitalizace, komunikace, konfliktní situace a přístup. V rámci jednotlivých rozhovorů byly všeobecným sestrám kladeny doplňující otázky k upřesnění odpovědí. Jinak jim byla ponechána volnost, aby otázku uchopily ze svého pohledu a tak se k ní i vyjádřily. Respondentky souhlasily s nahráváním na diktafon a byly upozorněny na možnost rozhovor kdykoli přerušit nebo ukončit.

Všechny dotazované všeobecné sestry mají zkušenosti s péčí o pacienty s Alzheimerovou chorobou, některé se s nimi setkávají dokonce i několikrát do měsíce.

Vzájemně se shodly, že péče o tyto nemocné je náročnější než o pacienty, kteří netrpí demencí.

V následující části budou rozebrány dříve stanovené výzkumné cíle a k nim se vztahující výzkumné otázky.

Cíl 1: Zmapovat úskalí v péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí na JIP.

Každá z dotázaných se o pacienta s demencí starala a dle jejich slov to bylo ve většině případů velice náročné. Při otázce, jaké sestry spatřují odlišnosti v péči o tyto pacienty od ostatních, které vedou k pocitu náročnější péče, padaly různé odpovědi. Poukazovaly na obtížnosti přímo vyplývající z pacientova stavu – neochota spolupracovat, velmi omezená a náročná komunikace, potřeba stálého dohledu a nutnost zapojit rodinu do péče intenzivněji než u jiných pacientů. Ačkoli tato omezení k nemocnému patří a nelze je jednoduše eliminovat, všeobecné sestry spatřují alespoň mírné zlepšení v lepším proškolení personálu a hlavně v navýšení počtu zdravotníků, kteří péči pacientům s demencí poskytují.

K tomuto výzkumnému cíli se vztahovala výzkumná otázka „**Jak se liší péče o pacienta s Alzheimerovou nemocí na JIP?**“. Pacientům na jednotkách intenzivní péče je dle vyvozených závěrů z rozhovorů poskytována stejná péče. Ovšem u pacientů s demencí jsou některé úkony neúmyslně ztíženy vlivem progredujícího, chronického onemocnění. Mezi ně patří například zjišťování bolesti nebo odpojování od umělé plicní ventilace. Pozornost je potřeba také věnovat zvýšenému riziku výskytu deliria.

Nejlépe se u pacienta s demencí bolest diagnostikuje pozorováním. Respondentky se dle odpovědí zaměřují na verbální a neverbální projevy, pozorují výchytky v hodnotách fyziologických funkcí a používají vizuální analogovou škálu. Dotázané sestry z neurologické kliniky zmínily používání škály FLACC u „sedovaných“ pacientů. Některým dotázaným přijde hodnocení bolesti stejné, jako u ostatních pacientů. Lékařka z Gerontologického centra v rozhovoru uvedla, že bolest u pacientů v Gerontologickém centru zjišťují cíleně a podílí se na tom celý ošetrovatelský tým, který si následně své poznatky a zjištění předává. Pozorují pacienta při všech denních úkonech a vyhodnocují jeho chování. U odpovědí sester jsem týmovou práci při vyhodnocování bolesti postrádala – nezmínily, že by si předávaly informace o pacientových bolestivých reakcích s ostatními kolegyněmi, které se o pacienta taktéž staraly, anebo že by do zjišťování bolesti zahrnuly rodinné příslušníky.

Při nutnosti napojení pacienta na umělou plicní ventilaci vyvstává hned několik problémových situací. Je nutné zajistit, aby si pacient nedopatřením neodstranil invazivní vstupy a zvládnout u něj odpojení od UPV bez vzniku zbytečných komplikací. První problém se řeší většinou „sedací“ pacienta, ovšem při odpojování od UPV se vyžaduje, aby byl pacient při vědomí a především aktivně spolupracoval. A právě spolupráce je mnohdy u pacientů s demencí obtížně dosažitelná. Ze všech odpovědí je patrné, že respondentky se snaží trpělivě vysvětlovat, co se bude dít a jak by se měl pacient chovat. Volí jednoduché a krátké věty. Postup dekanylace je stejný u všech pacientů. Samotný výkon provádí lékař.

Přes to, že všechny dotázané mluvily v množném čísle (provádíme, vysvětlujeme), pouze jediná z nich zdůraznila důležitou roli lékaře před výkonem.

Studie Fonga et al. (2012) upozorňuje na riziko výskytu deliria a jeho nebezpečnost u hospitalizovaných pacientů s demencí. Demonstruje to na výsledcích, kdy z pozorovaných 367 pacientů byly příznaky zaznamenány více než u 50 % z nich. Dotázala jsem se sester, zda na prevenci deliria dbají a jak. Všechny (až na jedinou výjimku – dotyčná prevenci deliria na pracovišti nezmiňuje) shodně uvedly, že na jejich pracovišti se deliriu snaží předcházet. V drtivé většině však k tomuto účelu používají pouze antipsychotické léky. Dvě sestry zmínily spolupráci s psychiatrem a jiné dvě zmínily potřebu dostatečné hydratace. Pouze Sestra 2 zmínila i režimová opatření. Tyto výsledky jsou pro mne zarážející. Myslela jsem, že sestry mají o možnostech prevence větší přehled a dělají pro to více, než „jen“ podávání léků předepsaných lékařem. Očekávala bych častější zmínku o hydrataci, zcela chybělo spojení bolesti a deliria anebo potřeba kvalitního spánku (přičemž poruchy spánku až u třetiny pozorovaných pacientů s demencí potvrdila studie Sampsona et al z roku 2014). Řekla bych, že tento problém výstižně komentovala lékařka z Gerontologického centra: *„Spíš než prevence bych řekla, že je důležité odhalit jeho vznik, nepodceňovat, **nepodávat paušálně při každém stavu zmatenosti tlumivé léky.**“*

Otázky ohledně medikace přinesly odpovědi dle očekávání. Co se lékových interakcí týče, tak se sestry s žádnými nesetkaly anebo lze předpokládat, že případnou nastalou situaci jako lékovou interakci nevyhodnotily. Dotázaná lékařka z Gerontologického centra ze své praxe uvádí příklady spíše užívání nadbytečného množství léků, než interakcí jednotlivých léků s medikací určenou na Alzheimerovu chorobu. K chronické medikaci se na zmíněných pracovištích přistupuje dle předpokladu – pokud není kontraindikována, ponechá se, případně se změní forma a způsob podání.

Další výzkumnou otázkou k tomuto cíli je **„Jak se postupuje při podávání informací pacientovi s Alzheimerovou nemocí?“**. Hospitalizace pacienta s sebou přináší řadu právních úkonů – podpisy informovaného souhlasu, souhlasu s hospitalizací a jiných dokumentů, problematika dříve vyslovených přání a nakládání s informacemi o diagnóze nemocného. Problém nastává ve chvíli, kdy pacient není schopen o sobě rozhodovat sám.

Co se týče podpisu dokumentů, všechny respondentky by postupovaly administrativně správně. To znamená, že pokud je pacient schopný a svéprávný, podepisuje sám. Jinak podepisuje odpovědný rodinný příslušník či přímo stanovený opatrovník. Případně se kontaktuje soud za účelem zahájení detenčního řízení (soud stanoví nemocnému opatrovníka). Očekávala jsem, že bude otázka (*„Jak postupujete při podepisování informovaného souhlasu takto nemocnou osobou?“*) uchopena více z „lidského“ hlediska. Pouze 4 dotázané se rozpovídaly o nutnosti pacientovi vše vysvětlit a ukázat, ať už je jeho mentální stav jakýkoli. V tomto procesu má rodina velice jedinečnou a nezaměnitelnou roli.

Zjišťování „dříve vyslovených přání“ nepatří do povinností zdravotnických pracovníků. U těchto pacientů se však dá očekávat, že v době počátečního stadia

onemocnění takovýto dokument sepsali a nyní by mohl mít vliv na jejich hospitalizaci. Respondentky uvedly, že na jejich pracovištích zjišťování „dříve vyslovených přání“ není běžnou záležitostí. Většinou lékaři vyčkávají na zmínku od rodiny. Osobně si myslím, že to není správný přístup. Lékař by si ve své pozici měl uvědomovat, jak Alzheimerova nemoc na člověka působí a že je velká pravděpodobnost, že pacient nějaké přání o své osobě v minulosti sepsal. Měl by se tedy aktivně zeptat pacienta nebo jeho rodiny. Líbí se mi přístup, který zvolili v Gerontologickém centru, jenž zmínila paní doktorka: „*Všem pacientům, respektive jejich rodinným příslušníkům dáváme při příjmu k vyplnění dotazník... Hned první otázka je, **zda existuje písemné ustanovení vůle pacienta, které by obsahovalo některá přání ohledně léčby a péče. Další otázka je, jakou léčbu by si pacient přál nebo nepřál.***“

Cíl 2: Zjistit nejčastější problémy při komunikaci s pacientem s Alzheimerovou nemocí na JIP.

Jednou z nejnáročnějších oblastí péče o pacienta s demencí je komunikace. Trpělivost je základní předpoklad pro vedení komunikace s těmito nemocnými a všechny respondentky se shodly, že dostatkem trpělivosti disponují. Ačkoli ani ta prý není bezmezná a sestry bývají pacienty mnohdy dohnány na pokraj „komunikačního zoufalství“. Pokud je pacient sedovaný nebo z jiných důvodů neschopen komunikace, respondentky se na něho i přes to snaží hovořit. Na otázku, zda ke komunikaci sestry využívají nějaké pomůcky, se mi dostalo odpovědi o zkušenostech s klasickým používáním papíru a tužky anebo ilustračních obrázků. Tyto zkušenosti jsou zajímavé ve srovnání s názory personálu Gerontologického centra – ten naopak uvedl, že žádné pomůcky neužívá, pouze vše názorně ukazuje a popisuje. Domnívá se totiž, že pacient není schopen smyslu ilustračních obrázků porozumět. Toliko odpovědi na výzkumnou otázku „**Jak sestry zvládají komunikaci s pacientem s demencí?**“.

Druhá výzkumná otázka vztahující se k tomuto cíli zněla „**Jaké se podle sester vyskytují komunikační bariéry?**“ a v odpovědích žádné překvapení nepřinesla. Bariéry stěžující komunikaci ze strany pacienta obvykle závisí na aktuálním stadiu demence. Čím horší stadium tím je pacient zmatenější, obtížně nachází slova, je negativistický a nespolutracující. Problémy mohou být i ze strany rodiny – jiný názor na probíhající léčbu a péči, nezájem o rodinného příslušníka, neshody mezi názory pacienta a jeho rodiny. Všem těmto aspektům mohou zdravotníci čelit a očekává se od nich, že je zvládnou jako profesionálové. Správná komunikace stran zdravotnického pracovníka by měla být klidná, vstřícná, pomalá a jednoduchá pro pacientovo lepší porozumění. Dotázané všeobecné sestry zmínily, že mají mnohdy sklon s nemocnými mluvit jako s „malými dětmi“. Neustálé opakování a vysvětlování v nich vyvolává pocit frustrace a chuť na vše rezignovat.

Cíl 3: Zjistit, jak sestry zvládají péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí na JIP.

Jak zde již bylo mnohokrát řečeno, péče o pacienty s demencí je v mnoha ohledech považována za velmi náročnou. Přispívá k tomu i fakt, že tito pacienti mají větší sklony k neklidnému, mnohdy až agresivnímu chování, ačkoli to není jednání úmyslné. Dojde-li ke vzniku konfliktní situace, ať už mírné (slovní napadání, nedorozumění vlivem zmatenosti), závažnější (vytahování invazí pacientem) až po vyhocené (ohrožování sebe i okolí), personál musí jednat rychle, ale zároveň s rozvahou. Proto jsem si stanovila výzkumnou otázku: **„Jak sestry reagují při konfliktních situacích?“** Zde bych opět zopakovala tvrzení lékařky z Gerontologického centra: *„...nepodávat paušálně při každém stavu zmatenosti tlumivé léky.“* Na tomto tvrzení by měli stavět všichni zdravotničtí pracovníci při kontaktu s neklidným pacientem. Od většiny respondentek se mi dostalo ujištění, že jsou zvyklé snažit se pacienta nejdříve uklidnit slovně a až po té přistoupit k omezovacím prostředkům. Některé však zmínily, že je u nich na pracovišti zvykem k uklidňující medikaci přistoupit hned. Vyčkají na ordinaci lékaře a po té pacientovi podají předepsaný lék. Na žádném z dotazovaných pracovišť nemají speciální vnitřní předpis, který by umožňoval všeobecné sestře u zvláště neklidného pacienta podat uklidňující lék z vlastní iniciativy v době nepřítomnosti lékaře. Jsem si plně vědoma, že léky smí předepisovat pouze lékař. Zajímalo mne pouze, zda by dotazované všeobecné sestry tuto možnost v těchto situacích uvítaly, avšak v odpovědích žádná z nich tuto variantu neuvedla.

Konfliktní situace mohou být u pacienta s demencí zapříčiněny mnoha vlivy (zmiňuji je v teoretické části, kapitola 2.6). Zajímalo mne, jak jsou s nimi obeznámeny dotazované všeobecné sestry. Každá otázku pojala z jiného hlediska, tudíž se odpovědi rozdělily do tří skupin – vlivy ze strany pacienta, zdravotnického personálu a prostředí. Právě vlivy prostředí byly zmiňovány nejvíce – hluk, stálá přítomnost umělého osvětlení, teplota místnosti, příliš mnoho osob najednou aj. S výjimkou dvou respondentek se ostatní dle odpovědí snaží prostředí upravit tak, aby pacientovi vyhovovalo co nejvíce, ale ne vždy se jim to podaří.

Během rozhovoru jsem dotazovaným uvedla dvě modelové situace (viz Subkategorie 4.4) zahrnující konfliktní jednání pacienta a zajímalo mě, jak si s nimi poradí. Až na jedinou respondentku, která konflikt řešila jeho ignorací, všechny postupovaly správně – pacienta se snažily uklidnit, vše mu vysvětlit a zmínily i možnou spolupráci s rodinou nemocného.

V další výzkumné otázce jsem se jala zjišťovat, **jak se sestry staví k používání omezovacích prostředků**. Myslím, že používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví je velmi citlivé téma, obzvláště uvažíme-li fakt, že pacient s demencí za své agresivní chování nemůže a přesto je fyzicky znehybněn. Z nejčastěji používaných fyzických omezovacích prostředků respondentky uvedly úvazy horních končetin a kurty. Všechny dotázané s užíváním omezovacích prostředků souhlasí a považují je za opodstatněné. Zdůrazňují, že k nim však má být přistupováno až v nejzazším případě. Některé zmiňují

riziko zneužívání a Sestra 1 dokonce hovoří o znevažování lidské důstojnosti: „Často se musí přistupovat k jistým omezením pacienta. Myslím si, že někdy jsou situace až na hranici lidské důstojnosti pacienta, ale našťastí osobní zkušenost nemám. Nechají ho třeba spoutaného v kurtech, odhaleného, když se třeba v neklidu odkope. Někdy i kurty řeší situaci, aby měly sestry klid a mohly si sedět na sesterně, i když pacient je neklidný, ale přeci u něho nebudou sedět a uklidňovat ho třeba verbálně.“. Zde bych ráda opět vyzvedla názor lékařky z Gerontologického centra. Ačkoli způsob péče o pacienty se od jednotek intenzivní péče liší, přístup k agresivnímu pacientovi by tolik odlišný být nemusel: „Na našem oddělení omezovací prostředky nepoužíváme, kurty jsem tu v životě neviděla, ani nevím, zda je vůbec máme. Vždy se **snažíme** důvod používání tlumení a eventuálního **omezení eliminovat, s pacienty pracovat, vše řešit trpělivým, vstřícným, profesionálním přístupem, pátrat po příčinách** dyskomfortu - například bolesti. Základ je v **perfektně proškoleném středním zdravotním personálu**, který pacienta zná, všímá si ho, je stále s ním, dokáže vyhodnotit změnu stavu a správně reagovat.“. Domnívám se, že pokud by všeobecné sestry z intenzivních péčí podstoupily podobné školení o užívání omezovacích prostředků, jaké popisují ve své studii Özdemir a Karabulut (2010), jejich užívání by se rapidně snížilo. Sestry zapojené do této studie po absolvování odborného a praktického semináře ohledně užívání omezovacích prostředků, přestaly užívat fyzické omezovací prostředky jako první volbu při zvládání agrese pacienta. Sestry by se tak názorně naučily jak výskyt takovýchto situací zvládat a jak postupovat i bez užití omezení. Samozřejmě lze předpokládat, že i nadále budou situace, kdy nebude jiného východiska než jejich užití.

I přes skutečnost, že pacient za své výkyvy nálad a útočnost nemůže a mnohdy si na ně později ani nepamatuje, může se to podstatně podepisovat na psychice personálu. Respondentky však, až na jedinou výjimku, uvedly, že případné útoky ze strany pacienta vnímají s nadhledem a snaží si je nebrat osobně.

Přes veškeré náročnosti péče poskytované nemocným s Alzheimerovou chorobou, 9 z 10ti respondentek uvedlo, že jim péče o pacienta nevádí. Svůj přístup k nim hodnotí jako kladný. Některé ho popisují jako mateřský, klidný, vstřícný apod. Ačkoli zde se shodují výsledky mého šetření s výsledky studie Nilssona et al. (2012), kdy se respondenti shodli, že péči zvládají obtížněji, pokud se na oddělení vyskytuje více takovýchto pacientů nebo pokud se dotyčný stará o pacienta s demencí příliš často. Respondenti z této studie dále uvedli, že péči o tyto pacienty hůře zvládají mladé sestry. Zajímá mne proto názor mých respondentek. Ty se vesměs shodly, že na věku nezáleží, poskytovaná péče záleží hlavně na osobnosti člověka. Ovšem kdyby měly volit, preferovaly by sestru „starší a zkušenou“.

Jedna z dotazovaných všeobecných sester svými odpověďmi mnohdy vybočovala. Jednalo se o sestru mladšího věku s pětiletou praxí a zkušenostmi z chirurgické intenzivní péče a gerontopsychiatrie. Péče o pacienty s demencí jí vadí a rozhovor ukončila se slovy „Péče o tyto nemocné je patrně nejhorší, nejobtížnější a nejnevěděčnejší práce na světě.“. Dle mého názoru je na dotazované všeobecné sestře patrný možný syndrom vyhoření.

Při shrnutí všech získaných poznatků docházím k závěru, že poskytnout kvalitní péči pacientům s Alzheimerovou nemocí je velice náročný úkol, který s sebou nese různá omezení, komplikace a nepředvídatelné situace. Proto je zarážející, že žádná ze zmíněných všeobecných sester neprošla odborným školením, jak obecně k pacientům s demencí přistupovat, jak jednat při konfliktních situacích, jak správně a efektivně komunikovat apod. Některé respondenty uvedly, že si informace zjišťují samy. Ovšem na potřebě takovýchto odborných školení se shodly všechny do jedné. Čímž jsem získala odpověď na svou poslední výzkumnou otázku: **„Co si sestry myslí o možnosti odborného školení v této problematice?“**.

Závěr

Záměrem této diplomové práce bylo identifikovat problémové oblasti v péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí, případně jinou demencí na pracovištích intenzivní medicíny. Za tímto účelem jsem stanovila tři výzkumné cíle a k nim příslušící výzkumné otázky.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká úskalí při poskytování péče pacientům s demencí spatřují všeobecné sestry. Dotázané všeobecné sestry spatřují hlavní úskalí poskytované péče u pacientů s demencí v jejich neochotě spolupracovat, ztížené schopnosti komunikovat a nutnosti stálého dohledu. Dále jsem se dozvěděla, že není běžnou praxí na odděleních zjišťovat, zda pacient v minulosti nevyjádřil svůj postoj v „dříve vyslovených přáních“. Podávání informací pacientovi s demencí popsaly respondentky administrativně správně, ovšem málokterá se zmínila o potřebě pacientovi vše vysvětlit a zapojit do procesu rodinu. Možné zlepšení situace dotazované spatřují v lepším proškolení pečujícího personálu a navýšení počtu zdravotnických pracovníků.

Druhým výzkumným cílem bylo zmapovat nejčastější komunikační bariery při péči o pacienta s demencí na JIP: Za nejčastější komunikační bariery jsou dotazovanými považované nesmírné nároky na trpělivost všeobecných sester. Se zhoršujícím se stavem demence u pacienta, zhoršuje se i možnost kvalitní komunikace. Pacient zapomíná, stručná vyjádření nahrazuje dalekosáhlými popisy, komolí slova nebo opakují neustále jedno slovní spojení. Všechny tyto projevy nemoci vedou k podrážděnosti pacienta a ke ztížení práce pečujícího personálu. Dotazovanými všeobecnými sestrami byl potvrzen zájem o kvalitnější vzdělávání v této problematice.

Posledním výzkumným cílem bylo zmapovat, jak všeobecné sestry zvládají péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí. Pozitivně vnímám zjištění, že ve velké většině případů konfliktních situací dotazované všeobecné sestry prvně přistoupí k jejich řešení za pomoci komunikace a až po té užívají omezovací prostředky. Jejich užívání považují za účelné a mnohdy potřebné avšak upozornily na jejich možné zneužívání. Až na jedinou výjimku respondentky přistupují k pacientům kladně a péče o ně jim na oddělení intenzivní péče nevadí. Přesto však uvedly, že by uvítaly možnost zjistit o této problematice více informací a zlepšit tak své znalosti a přístup.

Výstupem mého výzkumu budou následující doporučení pro praxi. Jsem si vědoma, že některá z nich budou pouze potvrzovat to, co již bylo zmíněno v odborné literatuře, ze které vycházím v teoretické části.

Komunikace: Myslím, že zvládnutá komunikace je naprostý základ, od kterého se odvíjí všechna další odvětví péče. Všeobecná sestra i lékař by s pacientem měli hovořit klidně, z očí do očí a s jemnou gestikulací. Věty by měly být krátké, jednoduché a obsahovat jen to nejnutnější sdělení (pominu-li klasickou konverzaci s pacientem). Případné dotýkání se pacienta by mělo být jemné a citlivé. Předcházet by mu mělo zjištění, zda pacientovi tyto dotyky nevadí. Vhodné je co nejvíce do komunikace zahrnout rodinu nemocného.

Právní záležitosti: Pacientovi s demencí by mělo být vše vysvětleno nehledě na jeho současný mentální stav. Pokud je pacient schopný komunikovat, vždy pátrat po jeho názoru. Je vhodné myslet na možnost sepsání „dříve vyslovených přání“ a dotázat se na ně pacienta nebo rodinných příslušníků.

Hodnocení bolesti: Pro zjišťování bolesti u pacienta s demencí bylo vytvořeno mnoho hodnotících škál. Záleží na zvyklostech pracoviště a jednotlivých sestrách, které jsou pro ně vhodnější. Avšak sebelepší škála nenahradí vlastní pozorování nemocného sestrou (o sledovaných aspektech jsem podrobně hovořila v teoretické části, kapitola 2.4). Mým poznatkem však je podstatná role rodiny. Rodina nemocného zná nejlépe a dokáže tak zdravotnickým pracovníkům předat cenné informace – „tyto zvuky vydává, když má bolesti; bolest u něho vede ke slovnímu napadání; při bolestech nejí“ apod.

Konfliktní situace: Při vzniku konfliktní situace by měl zdravotnický personál jednat spěšně, ale s rozvahou. Na prvním místě na pacienta působit – udržet s ním komunikaci, zjistit, co mu vadí a snažit se najít řešení. Až teprve po té, kdy tyto postupy nebyly úspěšné, by mělo být přistoupeno k jiným možnostem. Pokud je potřeba pacienta fyzicky omezit na pohybu, vždy dbejte na jeho důstojnost, intimitu a potřeby. Nikdy nezneužívejte omezovacích prostředků!

Týmová spolupráce: Domnívám se, že pokud jsou vztahy na pracovišti urovnané a přátelské, je i poskytovaná péče kvalitnější. Reálná pomoc kolegů nebo možnost výměny pacientů při nezvládnutí péče jistě přispívá k psychické pohodě zdravotnických pracovníků. Do této kategorie bych zařadila i dostatečné předávání informací. Výsledkem bude kooperující tým, který má přehled o všem, co se kolem pacienta děje, co lze očekávat a jak na to být připraven.

Vzdělání zdravotníků: Dovoluji si upozornit na nutnost pořádání odborných seminářů ohledně péče o pacienty s demencí. Věřím, že by o ně zájem stran všeobecných sester (i ostatního nelékařského zdravotnického personálu) byl a o jejich přínosu je zbytečné pochybovat.

Ráda bych, aby se tato práce stala podnětem ke zlepšení poskytované péče pacientům s Alzheimerovou nemocí. Ačkoli si nemyslím, že by těmto pacientům byla poskytována nekvalitní péče, věřím, že lepší proškolení a informovanost zdravotnických pracovníků o problematice povede ke spokojenosti jejich i pacientů.

Seznam literatury

1. AGRONIN, Marc E. *Alzheimer disease and other dementias: a practical guide*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, c2008, xviii, 350 p. ISBN 07-817-6770-9.
2. ALI, Naheed. *Understanding Alzheimer's an introduction for patients and caregivers*. Lanham, Md: Rowman, 2012. ISBN 978-144-2217-553.
3. Alzheimer's Disease Facts and Figures. In: *Alzheimer's association* [online]. 2014 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: http://www.alz.org/alzheimers_disease_facts_and_figures.asp
4. BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-802-0422-828.
5. BORDA, Cynthia a David J. TRIGGLE. *Alzheimer's disease and memory drugs*. New York: Chelsea House Publishers, c2006, 96 p. ISBN 978-079-1085-554.
6. BROOKER, Dawn a Sue LILLYMAN. *Dementia care*. Harlow, England: Pearson, 2013, p. Nursing. ISBN 978-027-3773-719.
7. BUIJSSEN, H. *The simplicity of dementia: a guide for family and carers*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2005, 176 p. ISBN 978-184-3103-219.
8. CORLISS, Julie a Susane GILBERT. *A Guide to Alzheimer's Disease*. Boston, Mass: Harvard Health Publications, 2009. ISBN 978-193-3812-625.
9. CUMMINGS, Jeffrey L. *The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias*. London: Taylor, 2003. ISBN 18-418-4219-2.
10. Dementia and aggressive behaviour. In: *Alzheimer's Society: Leading the fight against dementia* [online]. 2013 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=96
11. Dementia Collaborative Research Centers: Dementia Outcomes Measurement Suite. [online]. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.dementia-assessment.com.au/behavioural/>

12. FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-370.
13. FONG, Tamara G., Richard N. JONES, Edward R. MARCANTONIO, Douglas TOMMET, Alden L. GROSS, Daniel HABTEMARIAM, Eva SCHMITT, Liang YAP a Sharon K. INOUE. Adverse Outcomes After Hospitalization and Delirium in Persons With Alzheimer Disease. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2012-06-19, vol. 156, issue 12, s. 848-857 [cit. 2015-02-28]. DOI: 10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00005. Dostupné z: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00005>
14. FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 70 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-235.
15. GAUTHIER, Serge, Clive BALLARD a Simon LOVESTONE. *Management of dementia*. 2nd ed. New York: Informa Healthcare, c2009, iv, 164 p. ISBN 18-418-4672-4.
16. GRAHAM-SMITH, Hilary. *Chronic Illness*. Primary health care. ISBN 10.7748/phc.24.10.13.s14.
17. GROSSBERG, George T a Sanjeev M KAMAT. *Alzheimer's: the latest assessment and treatment strategies*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, c2011, vi, 109 p. ISBN 07-637-6579-1.
18. HOLMEROVÁ, Iva (ed.) a Martina MÁTLOVÁ (ed.). *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2., rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2012. ISBN: 978-80-86541-31-0.
19. HOLMEROVÁ, Iva , Nina BALÁČKOVÁ a Michaela BAUMANOVÁ, et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*, 2013, roč. 2, č. 3, s. 158-164. ISSN: (OCOLC)798991883.
20. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
21. HUGHES, Julian C, Mari LLOYD-WILLIAMS a Greg A SACHS. *Supportive care for the person with dementia*. New York: Oxford University Press, 2010, xv, 313 p. ISBN 01-995-5413-7.

22. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.
23. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
24. KLEVETOVÁ, Dana. Hodnocení bolesti u osob s demencí. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 58-60. ISSN: 1210-0404.
25. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013, 235 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4744-544.
26. MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 347 s., [20] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4735-306.
27. MAVRODARIS, Angelique. Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: a systematic review. In: *World health organization* [online]. 2013 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422/en/>
28. MIYOSHI, Kōhō, Yasushi MORIMURA a Kiyoshi MAEDA. *Neuropsychiatric disorders*. New York: Springer, c2010, xiv, 351 p. ISBN 44-315-3871-2.
29. MULLIGAN, Reinhild, Martial VAN DER LINDEN a Anne-Claude JULLERAT. *The clinical management of early Alzheimer's disease: a handbook*. Mahwah, N.J.: Erlbaum, 2003, xiv, 348 p. ISBN 08-058-3370-6.
30. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. Editor T Herdman. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010, xxiv, 456 s. ISBN 978-802-4734-231.
31. NIKOLAI, Tomáš, Martin VYHNÁLEK a Hana ŠTĚPÁNKOVÁ. *Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu u Alzheimerovy choroby*. Praha: Psychiatrické centrum, 2013, 64 s. ISBN 978-80-87142-25-7.

32. NILSSON, Anita, Marie LINDKVIST, Birgit H. RASMUSSEN a David EDVARDSSON. Staff attitudes towards older patients with cognitive impairment: need for improvements in acute care. *Journal of Nursing Management* [online]. 2012, vol. 20, issue 5, s. 640-647 [cit. 2015-03-01]. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01406.x. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=daff9472-f54c-4c8f-a84b-3d60de7b1cde%40sessionmgr4001&vid=3&hid=4112>
33. ÖZDEMİR, Leyla a Erdem KARABULUT. Nurse education regarding agitated patients and its effects on clinical practice. *Contemporary Nurse* [online]. 2010, vol. 34, issue 1, s. 119-128 [cit. 2015-03-01]. DOI: 10.5172/conu.2009.34.1.119. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=caeb1426-488a-4c7a-91dd-54bfc28a390a%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4112>
34. PARK, Myonghwa, Connie DELANEY, Meridean MAAS a David REED. Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2004, vol. 47, issue 3, s. 329-339 [cit. 2015-03-07]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03097.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2004.03097.x>
35. PERRY, George, Xiongwei ZHU, Mark A SMITH, Aaron SORENSEN a Jesús AVILA. *Alzheimer's disease: advances for a new century*. 2013, 474 pages. Advances in Alzheimer's disease (Series), v. 3. ISBN 16-149-9153-7.
36. POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnoticí nástroje*. Praha: Grada, 2013, 193 s., ii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4743-165.
37. PRAŠKO, Ján. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, 2011. ISBN: 978-80-87323-00-7.
38. PRYSE-PHILLIPS, William. *Companion to clinical neurology*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2009, xvi, 1214 p. ISBN 01-953-6772-3.
39. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008, 128 s. ISBN 978-807-2625-864.
40. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-802-4619-859.
41. RESSNER, Pavel, Jiří, KONRÁD a Petra BÁRTOVÁ. Delirium u geriatrických nemocných. *Neurologie pro praxi*, 2011b, roč. 12, č. 5, s. 311-316. ISSN: 1213-1814.

42. RESSNER, Pavel, Petra BÁRTOVÁ a Petr NILIUS. Porucha chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. 2011a, roč. 12, č. 4, s. 140-144.
43. RESSNER, Pavel. Alzheimerova nemoc - diagnostika a léčba. *Zdraví E15: Lékařské listy* [online]. 2006, č. 21, s. 11-16 [cit. 2014-11-30]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alzheimerova-nemoc-diagnostika-a-lecba-280058>
44. SAMPSON, Elizabeth L., Nicola WHITE, Baptiste LEURENT, Sharon SCOTT, Kathryn LORD, Jeff ROUND a Louise JONES. Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 2014-09-01, vol. 205, issue 3, s. 189-196 [cit. 2015-03-07]. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130948. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.113.130948>
45. SHAN, Yaso. Treatment of Alzheimer's disease. *Primary Health Care*. 2013, roč. 23, č. 6, s. 32-38.
46. SHEARDOVÁ, Kateřina. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovatele do boje o kvalitu života. *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 172-177.
47. SCHOFIELD, Pat. *The management of pain in older people*. Hoboken, NJ: John Wiley, c2007, p. ISBN 978-047-0033-494.
48. SCHWARTZMAN, Robert J. *Differential diagnosis in neurology*. Washington, DC: IOS Press, c2006, xii, 726 p. ISBN 15-860-3624-6.
49. SILVERSTEIN, Nina M a Katie MASLOW. *Improving hospital care for persons with dementia*. New York: Springer Pub. Co., c2006, xxvii, 272 p. ISBN 08-261-3915-9.
50. STURMEY, Peter. *Functional analysis in clinical treatment*. Boston: Academic Press, c2007, xvi, 486 p. ISBN 01-237-2544-5.
51. TOPINKOVÁ, Eva. Delirium u geriatrických pacientů a možnosti farmakologické léčby. *Medi news*, 2006, Roč. 5, č. 2, s. 61-63. ISSN: 1213-9866.
52. V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). In: *ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

53. VELLAS, Bruno a Serge GAUTHIER, et al. Společné usnesení o demenci Alzheimerova typu v pokročilém stadiu. *Česká geriatrická revue*, 2006, Roč. 4, č. 1, s. 35-47. ISSN: 1214-0732.
54. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
55. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
56. VYHNÁLEK, Martin, et al. Časná diagnostika Alzheimerovy nemoci ve světle nových diagnostických kritérií. *Neurologie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 6, s. 325-329 [cit. 2015-01-10]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/09.pdf>
57. WALSH, Danny. *Dementia care training manual for staff working in nursing and residential settings*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, c2006, 240 p. ISBN 18-431-0318-4.
58. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Seznam zkratk a symbolů

%	procent
§	paragraf
ADL	activities of daily living
aj.	a jiné
AN	Alzheimerova nemoc
apod.	a podobně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
EEG	elektroencefalografie
et al.	a kolektiv
FLACC	The Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale
IADL	instrumental activities of daily living
JIP	jednotka intenzivní péče
MADRC	Massachusetts Alzheimer's Disease Research Center
MEDPAR	Provider Analysis and Review database
MMSE	Mini-mental state examination
MRI	magnetická rezonance
např.	například
NDI	National Death Index
NMDA	N-methyl-D-aspartátové glutamatergní receptory
obr.	obrázek
PAINAD	Pain assesment in advanced dementia
s.	strana
sb.	sbírky
tab.	tabulka
tzv.	tak zvané
UPV	umělá plicní ventilace
USA	Spojené státy americké
VAS	vizuální analogová škála
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

Seznam obrázků a tabulek

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1: Vývojový diagram selekce studií zahrnutých ve výzkumné části diplomové práce.....30

Obrázek č. 2: Ukázka Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease scale.....36

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Škála PAINAD pro měření bolesti u pacientů s pokročilou demencí.....24

Tabulka č. 2: Přehled vybraných zahraničních studií.....31

Tabulka č. 3: Základní deskriptivní údaje.....39

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Rozhovorové otázky

Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN

Příloha č. 3: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

Příloha č. 4: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici, IV. Interní klinika 1. LF UK a VFN

Příloha č. 5: Prohlášení zájemce o nahlédnutí

Příloha č. 1: Rozhovorové otázky

Obecné:

- pohlaví
- věk
- dosažené vzdělání
- délka praxe
- pracovní zkušenosti (pracoviště)

Hospitalizace:

- Jak často se setkáváte (jste se setkávali) s pacientem s Alzheimerovou nemocí (AN) na JIP? Vzpomenete si, z jakých příčin to bylo nejčastěji? (Pokud to nebylo na JIP, tak kde nejčastěji?)
- Jak postupujete při podepisování informovaného souhlasu takto nemocnou osobou?
- V případě zbavení svéprávnosti, kdo podepisuje informovaný souhlas? Souhlas s hospitalizací?
- Zjišťujete na Vašem pracovišti, zda pacient (člen rodiny s oprávněním) neuvedl svůj postoj k léčbě ve „dříve vyslovených přáních“?
- Informujete pacienta s AN o jeho diagnóze?
- Jak hodnotíte bolest u pacienta s AN?
- Jak postupujete při odpojování pacienta s demencí od UPV? (komunikace, nutnost dodržování režimu...)
- Dbáte na Vašem pracovišti na prevenci výskytu deliria u nemocného s AN? Jak?
- V čem spatřujete nejčastější problém v péči o nemocného s AN na JIP? (případně jiném oddělení dle Vašich zkušeností)
- Dalo by se v tomto směru něco zlepšit?
- Máte zkušenost s nějakou lékovou interakcí?
- Jak se přistupuje na JIP k chronické medikaci pacienta s AN?

Komunikace:

- Jaké problémy se objevují v komunikaci s pacientem a členem rodiny (pečujícím)?
- Jak za sebe hodnotíte komunikaci s pacientem s demencí? Máte na to dostatek trpělivosti?
- Jaké jsou Vaše osobní zkušenosti? Spatřujete nějaká úskalí v komunikaci? (*Např. podle stadia demence*)
- Vysvětľujete pacientovi s AN vše, co se kolem něho odehrává?
- Mluvíte na něj, i pokud je sedovaný?
- Pokud je pacient zaintubovaný, používáte ke komunikaci nějaké pomůcky? Jaké?
- Co řeknete pacientovi s AN, když k němu přijdete a on je naprosto zmatený...


Konfliktní situace:

- Napadnou Vás nějaké typické podněty, které mohou vést ke vzniku konfliktních situací u nemocných s AN? Jaké například?
- Snažíte se nějak upravit prostředí okolo pacienta s demencí na JIP, aby nedocházelo ke vzniku nežádoucích událostí (pády, snaha opouštět lůžko) a konfliktních situací? Jak? Myslíte, že je to na JIP možné?
- Pokud dojde ke vzniku konfliktní situace - pátráte po spouštěcích?
- Jak Vy zvládáte výskyt těchto situací?
- Berete si pacientovy výpady osobně nebo je vnímáte s nadhledem?
- Co si myslíte o používání omezovacích prostředků?
- Používáte častěji u těchto pacientů „zklidňující léky“? Jaké? Ordinuje je vždy lékař, nebo máte nějaký standard?
- Přistupujete k omezovacím prostředkům ihned při výskytu problémů nebo volíte jiný postup? Případně jaké omezovací prostředky užíváte nejčastěji?
- Pacient Vás nařkne, že jste mu ukradla peníze, jak budete postupovat?
- Podáváte pacientovi léky a on si je vzít nechce, jak budete postupovat?

Přístup:

- Prošla jste školením ohledně péče o pacienty s AN? Případně zjišťovala jste si o tom něco sama?
- Myslíte si, že je vůbec takovéto školení ohledně péče o pacienty s AN na JIP potřebné?
- Považujete péči o tyto pacienty za náročnější než o standardní pacienty?
- Vadí Vám péče o pacienta s demencí na JIP?
- Jak hodnotíte svůj přístup k pacientům s demencí?
- Myslíte si, že péči o tyto pacienty zvládá lépe „mladá sestra“ nebo zkušená „starší sestra“? Jak to bylo ve Vašem případě?
- Myslíte si, že je potřeba zlepšovat přístup zdravotníků k těmto nemocným?
- Chtěl/a byste ještě něco dodat?


Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bc. Kateřina Ježková		
Kontaktní adresa	Táborská 41, Praha 4 – Nusle, 140 00		
Telefon	728 784 923	e-mailová adresa	Jezkova-katka@seznam.cz
Škola / fakulta	1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy		
Obor studia	Navazující magisterské studium intenzivní péče		
Téma závěrečné práce	Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče		
Termín sběru dat	Duben 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Neurologická klinika 1. LF UK a VFN		
Zjišťované informace	Specifika a úskalí péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou na oddělení intenzivní péče.		
Forma prezentace dat	Rozhovory se sestrami se zkušenostmi s pacienty s Alzheimerovou chorobou a jednotkami intenzivní péče.		
Poučení žadatele: 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	8.4.2015	Podpis žadatele	<i>Kateřina Ježková</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	- 8 - 04 - 2015	Podpis	<i>HERINKOVÁ Kateřina</i> vrchní sestra
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne		
Datum	15.4.15	Podpis	<i>Společnost</i> Mgr. Dita Svobodová, PhD.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
 V PRAZE
 NÁMĚSTK PRO LÉKAŘSKÁ
 ŽIVNOSTNICKÁ PŮVODNÍ A KVALITU
 128 00 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2


Příloha č. 3: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Bc. Ježková Kateřina	
Kontaktní adresa		Táborská 41, Praha 4 - Nusle, 140 00	
Telefon	728 784 923	e-mailová adresa	Jezkova-katka@seznam.cz
Škola / fakulta		1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy	
Obor studia		Navazující magisterské studium intenzivní péče	
Téma závěrečné práce		Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče	
Termín sběru dat		březen 2015	
Pracoviště, kde bude sběr probíhat		Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN	
Zjišťované informace		Specifika a úskali péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou na oddělení intenzivní péče.	
Forma prezentace dat:		Rozhovory se sestrami se zkušenostmi s pacienty s Alzheimerovou chorobou a jednotkami intenzivní péče.	
Poučení žadatele: 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	2.3.2015	Podpis žadatele	<i>Ježková Kateřina</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum	9.3.2015	Podpis	<i>[Podpis]</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka:	
Datum	11.3.2015	Podpis	<i>[Podpis]</i>

NÁMĚSTKĚ PRO ŘEDITELE
 PSYCHIATRICKÁ KLINIKA
 128 00 PRAHA 2, U METELKOVY 3

**Příloha č. 4: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Všeobecné fakultní nemocnici,
IV. Interní klinika 1. LF UK a VFN**

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bc. Ježková Kateřina		
Kontaktní adresa	Táborské 41, Praha 4 - Nusle, 140 00		
Telefon	728 784 923	e-mailová adresa	Jezkova-katka@seznam.cz
Škola / fakulta	1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy		
Obor studia	Navazující magisterské studium intenzivní péče		
Téma závěrečné práce	Alzheimerova choroba v prostředí intenzivní péče		
Termín sběru dat	březen 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	IV. interní klinika 1. LF UK		
Zjišťované informace	Specifika a úskalí péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou na oddělení intenzivní péče.		
Forma prezentace dat:	Rozhovory se sestrami se zkušenostmi s pacienty s Alzheimerovou chorobou a jednotkami intenzivní péče.		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	4.3.2015	Podpis žadatele	<i>Kateřina Ježková</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	9.3.2015	Podpis	<i>[Podpis]</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	11.6.2015	Podpis	<i>[Podpis]</i>

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
 PRAHA
 IV. INTERNÍ KLINIKA
 U nemocnice 2
 128 00 PRAHA 2

Příloha č. 5: Prohlášení zájemce o nahlédnutí

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]